Deutscher Bundestag **Drucksache 15/5670**

15. Wahlperiode 09. 06. 2005

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Gutachten 2005 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitsweisen

Koordination und Qualität im Gesundheitswesen

Inhaltsverzeichnis

		Seite
Verzeichnis der Tabellen im Text		9
Verzeichnis der Abbildungen im Text		13
Abkürzungsverzeichnis		15
Danksagung		18
1	**Einleitung: Steigerung der Versorgungsqualität durch verbesserte Koordination**	21
1.1	Ansatz- und Schwerpunkte des Gutachtens	21
1.2	Korporative Koordination und Wettbewerb im Gesundheitswesen	22
1.3	Sozioökonomischer Status und Gesundheit	23
1.4	Strategien der Primärprävention	23
1.5	Schnittstellen zwischen der Kranken- und Pflegeversicherung	25
1.6	Hilfsmittel und Heilmittel in der GKV	25
1.7	Einflussfaktoren auf die Verordnung von Arzneimitteln	26

Zugeleitet mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung gemäß § 142 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

		Seite
2	**Korporative Koordination und Wettbewerb im Gesundheitswesen**	29
2.1	Die korporative Koordination auf dem Prüfstand	29
2.2	Die korporative Koordination als alternativer Allokationsmechanismus	30
2.2.1	Die korporative Koordination als primäres und subsidiäres Steuerungsinstrument	30
2.2.2	Allgemeine Schwachstellen des Korporativismus	32
2.3	Akteure und Steuerungsformen des Korporativismus im Gesundheitswesen	33
2.3.1	Das Spektrum der Organisationen	33
2.3.2	Entwicklung und Stand korporativer Steuerungselemente	34
2.3.3	Fehlallokationen im deutschen Gesundheitswesen	35
2.4	Ziele und Rahmenbedingungen dezentraler Wettbewerbsprozesse	37
2.4.1	Ziele und Voraussetzungen eines funktionsfähigen Wettbewerbs	37
2.4.2	Das Wettbewerbs- und Vergaberecht als Rahmenbedingung	39
2.4.3	Zur Abgrenzung wettbewerbsrelevanter Gesundheitsmärkte	41
2.4.4	Effekte horizontaler und vertikaler Zusammenschlüsse	42
2.5	Zum Reformbedarf der korporativen Koordination	47
2.5.1	Alternative Steuerungsmechanismen und Beurteilungskriterien	47
2.5.2	Fiskalische und Vergütungsaspekte	48
2.5.3	Allokative Gesichtspunkte	49
2.5.4	Selektives Kontrahieren und korporative Koordination im Wettbewerb	53
2.6	Fazit und Empfehlungen	54
2.7	Literatur	58
3	**Sozioökonomischer Status und Verteilung von Mortalität, Morbidität und Risikofaktoren**	61
3.1	Einleitung	61
3.2	Empirische Ergebnisse aus Deutschland zur Mortalität	64
3.2.1	Design und Aussagekraft von Studien	64
3.2.2	Schulbildung und Lebenserwartung	64
3.2.3	Beruflicher Status und Mortalität	64
3.2.4	Einkommen und Lebenserwartung	65
3.2.5	Soziale Schicht und Mortalität	66
3.2.6	Überlebenszeit von Patienten	66

Seite

3.3	Empirische Ergebnisse aus Deutschland zur Morbidität	68
3.3.1	Design und Aussagekraft von Studien	68
3.3.2	Allgemeiner Gesundheitszustand	68
3.3.2.1	Ergebnisse für Kinder und Jugendliche	68
3.3.2.2	Ergebnisse für Erwachsene	70
3.3.3	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	72
3.3.4	Diabetes mellitus	73
3.3.5	Krebserkrankungen	74
3.3.6	Zahngesundheit	75
3.3.7	Allergien	77
3.3.8	Atemwegserkrankungen	78
3.3.9	Hauterkrankungen	80
3.3.10	Unfälle	81
3.3.11	Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates	82
3.3.12	Psychische Morbidität	82
3.3.13	Weitere Erkrankungen	84
3.3.14	Multimorbidität	85
3.3.15	Übersicht über krankheitsspezifische Ergebnisse	86
3.4	Empirische Ergebnisse aus Deutschland zur Belastung durch Risikofaktoren	86
3.4.1	Rauchen	86
3.4.2	Übergewicht	89
3.4.3	Mangel an sportlicher Betätigung	90
3.4.4	Bluthochdruck	91
3.4.5	Hypercholesterinämie	91
3.4.6	Ernährung	91
3.4.7	Alkoholkonsum	92
3.4.8	Belastung durch die Arbeitsbedingungen	93
3.4.9	Belastung durch die Wohnbedingungen	94
3.5	Literatur	95
4	**Strategien der Primärprävention**	99
4.1	Ziele und Interventionsformen	99
4.1.1	Zielspektrum der Prävention	99
4.1.2	Interventionsformen der Primärprävention	102
4.1.2.1	Verhältnisprävention	102
4.1.2.2	Verhaltensprävention	103
4.1.2.3	Gesundheitsförderung	104
4.1.2.4	Medizinische Leistungen der Primärprävention	109

		Seite
4.2	Verteilung von Gesundheitschancen und Primärprävention	112
4.2.1	Sozioökonomische Einflussfaktoren auf die Verteilung von Gesundheitschancen	112
4.2.2	Primärpräventive Strategien zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen	114
4.3	Gesundheitspsychologische Modelle und Bestimmungsfaktoren des Gesundheitsverhaltens	117
4.3.1	Modell gesundheitlicher Überzeugungen	117
4.3.2	Theorie des rationalen Handelns und des geplanten Verhaltens	118
4.3.3	Selbstregulation und Selbstwirksamkeit	118
4.3.4	Salutogenese	119
4.3.5	Modell der Stadien der Veränderung	123
4.3.6	Gesundheitspsychologische Modelle und Präventionspolitik	123
4.4	Gesundheitskommunikation, soziales Marketing und Präventionskampagnen	124
4.4.1	Gesundheitskommunikation	124
4.4.1.1	Ziele und Formen der Gesundheitskommunikation	124
4.4.1.2	Massenmedien und Primärprävention	125
4.4.2	Soziales Marketing	125
4.4.3	Präventionskampagnen	126
4.4.4	Elemente primärpräventiver Kampagnen zu prioritären Gesundheitsproblemen	127
4.4.4.1	Priorisierung von Gesundheitsproblemen	127
4.4.4.2	Tabakkonsum	129
4.4.4.3	Alkoholabusus	131
4.4.4.4	Übergewicht und Adipositas	133
4.5	Betriebliche Gesundheitspolitik	135
4.5.1	Entwicklung eines gesundheitsfördernden Settings	135
4.5.2	Die Arbeitswelt als Handlungsfeld der Primärprävention	136
4.5.3	Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung	138
4.5.4	Interventionen im Setting ‚Betrieb und Verwaltung‘	141
4.5.4.1	Variationsbreite von Interventionen	141
4.5.4.2	Interventionen zu Einzelproblemen	141
4.5.4.3	Systemische Interventionen im Setting Betrieb	143
4.6	Primärprävention im Setting ‚Stadt‘	146
4.6.1	Kommunale Gesundheitspolitik und Primärprävention	146
4.6.2	Netzwerk ‚gesunder Städte‘	149
4.6.3	Projekte zur Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte	152

Seite

4.7 Evaluation und Qualitätssicherung 155
4.7.1 Health Impact Assessment 155
4.7.2 Evaluation primärpräventiver Interventionen 156
4.7.3 Qualitätssicherung von Interventionen 162
4.8 Ökonomische Anreize in der Primärprävention 163
4.8.1 Vorbemerkung 163
4.8.2 Konsumverhalten und Lebensstile 163
4.8.2.1 Tabakkonsum und Tabaksteuer 163
4.8.2.2 Alkohol und Alkoholsteuern 164
4.8.2.3 Übergewicht und Adipositas 166
4.8.2.4 Primärpräventive Bonusprogramme in der GKV 167
4.8.2.5 Anreizstrukturen und Setting-Ansatz 168
4.8.3 Anreize für Anbieter im Gesundheitssystem 170
4.8.3.1 Anreizsysteme in der Primärversorgung 170
4.8.3.2 Anreizstrukturen und neue Technologien: Moderne prädiktive Gendiagnostik 171
4.9 Fazit und Empfehlungen 172
4.10 Literatur 180

5 Schnittstellen zwischen Krankenversicherung und Pflegeversicherung 193
5.1 Ausgangslage vor dem Pflegeversicherungsgesetz 193
5.2 Das Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) 195
5.2.1 Gesetzliche Grundlagen und Versichertenkreis 195
5.2.2 Ziele des Pflegeversicherungsgesetzes 196
5.2.3 Definitionen und Leistungsvoraussetzungen der sozialen Pflegeversicherung 197
5.2.4 Leistungen der sozialen Pflegeversicherung 199
5.2.4.1 Leistungen nach Leistungsart und Pflegestufe 199
5.2.4.2 Wahl der Leistungsart und des Pflegearrangements 201
5.2.4.3 Das Begutachtungsverfahren 203
5.3 Die Wirkungen des Pflegeversicherungsgesetzes auf Anspruchsberechtigte 204
5.3.1 Beurteilung des Pflegeversicherungsgesetzes durch Anspruchsberechtigte und Zufriedenheit mit den Leistungen 204
5.3.2 Effekte auf Pflegearrangements 205
5.3.3 Belastung und Vergütung von pflegenden Angehörigen 206
5.3.4 Veränderung und Strukturentwicklung in der professionellen Pflege 207

		Seite
5.4	Sicherung der professionellen und familiären Pflegequalität	209
5.5	Die demographische Entwicklung als Einflussfaktor der Pflegeversicherung	211
5.5.1	Determinanten des Wandels der demographischen Struktur	211
5.5.2	Annahmen und Ergebnisse der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung	213
5.6	Zur Nachhaltigkeit der sozialen Pflegeversicherung	219
5.7	Ausgestaltungsdifferenzen, Schnittstellenproblematik und Defizitanalyse	223
5.7.1	‚Vollkaskoversicherung' versus ‚Teilkaskoversicherung'	223
5.7.2	Risikostrukturausgleich versus ausgabenorientierter Finanzausgleich	224
5.7.3	Kassenspezifischer versus einheitlicher Beitragssatz	224
5.7.4	Leistungen nach dem Bedarfsprinzip versus Budgetprinzip	225
5.7.5	Heterogene versus einheitliche Vertragsverantwortlichkeiten	226
5.7.6	Implizite versus explizite Leistungsgewährung	227
5.7.7	Schnittstellen zwischen Rehabilitation, Prävention und Pflege	227
5.8	Besondere Problemlage – Demenz	229
5.8.1	Vorbemerkungen und Angaben zur Krankheitslast	229
5.8.2	Diagnostik	231
5.8.3	Krankheitsverlauf	234
5.8.4	Risikofaktoren und Protektoren	235
5.8.5	Therapieansätze	236
5.8.6	Versorgungssituation	238
5.8.6.1	Diagnostik und Versorgung durch Hausärzte	239
5.8.6.2	Diagnostik und Versorgung durch Fachärzte und Memory-Kliniken	240
5.8.6.3	Pflegerische Versorgung	240
5.9	Weiterentwicklungsansätze	242
5.9.1	Weiterentwicklungsansätze in der Versorgung von Demenzkranken	242
5.9.2	Trägerübergreifende persönliche Budgets	244
5.10	Fazit und Empfehlungen	245
5.11	Literatur	250
6	**Hilfsmittel und Heilmittel in der GKV**	261
6.1	‚Hilfsmittel' und ‚Heilmittel' in der gesundheitspolitischen Diskussion	261

		Seite
6.2	Versorgung mit Hilfsmitteln in der GKV	263
6.2.1	Regulierung des Hilfsmittelmarktes	263
6.2.2	Hilfsmittelverzeichnis und -richtlinien	265
6.2.3	Effizienz und Effektivität der Hilfsmittelversorgung	268
6.2.4	Hilfsmittel in Pflegeheimen an der Schnittstelle zwischen Kranken- und Pflegeversicherung	273
6.3	Versorgung mit Heilmitteln in der GKV	274
6.3.1	Regulierung des Heilmittelmarktes	274
6.3.2	Heilmittelrichtlinien und Heilmittelkatalog	275
6.3.3	Effizienz und Effektivität der Heilmittelversorgung	279
6.4	Fazit und Empfehlungen	281
6.5	Literatur	284
7	**Einflussfaktoren auf die Verordnung von Arzneimitteln**	287
7.1	Das Arzneimittel als ärztliches Instrument und Kostenfaktor	287
7.2	Der deutsche Arzneimittelmarkt im Überblick	288
7.2.1	Arzneimittelausgaben im internationalen Vergleich	288
7.2.2	Die deutschen Arzneimittelausgaben nach Ausgabenträgern	291
7.2.3	Die Arzneimittelausgaben im Rahmen der GKV	292
7.2.4	Rationalisierungsmöglichkeiten in der Arzneimitteltherapie	295
7.3	Standort und Regulierung des Arzneimittelmarktes	301
7.3.1	Der Wirtschaftsstandort Deutschland	301
7.3.2	Die Ausweitung von dezentralen Vertragsverhandlungen	305
7.4	Bedeutung des hausärztlichen Sektors	306
7.5	Arzneimittelrechtliche Vorgaben	312
7.5.1	Zulassungsregelungen	312
7.5.2	Rezeptpflicht und Verordnungsfähigkeit	314
7.5.3	Anforderungen an die Wirtschaftlichkeit	315
7.6	Ökonomische und strukturelle Rahmenbedingungen	318
7.6.1	Budgetverantwortung	318
7.6.2	Vergütung von niedergelassenen Ärzten	322
7.6.3	Aut-idem-Regelung	322
7.6.4	Positiv- und Negativlisten	324
7.6.5	Integrierte Versorgung	325
7.6.6	Zuzahlungsregelungen	326

		Seite
7.7	Beeinflussung des Verordnungsverhaltens durch die Pharmaindustrie	327
7.7.1	Strategische Entscheidungen bei Forschung, Entwicklung und Zulassung eines Medikaments	328
7.7.2	Kennzahlen zu Werbebudgets	331
7.7.3	Informationssteuerung und Produktmarketing	333
7.8	Patienten, Ärzte und ihre Interaktionen	338
7.8.1	Patientenseitige Merkmale	338
7.8.2	Arztseitige Faktoren	342
7.8.3	Kulturelle Faktoren	344
7.8.4	Arzt-Patient-Interaktion	346
7.9	Qualitätssicherung der Verordnungsentscheidung	350
7.9.1	Konzepte zur Qualitätsmessung in der Pharmakotherapie	350
7.9.2	Einhaltung von Therapieleitlinien	352
7.9.3	Pharmakotherapiezirkel	353
7.9.4	Pharmakotherapieberatung	354
7.9.5	Pharmakoepidemiologische Datenbanken	356
7.9.6	Nutzen-Kosten-Bewertung im Rahmen einer ‚vierten Hürde'	359
7.10	Fazit und Empfehlungen	370
7.11	Literatur	379
Anhang		391

Seite

Verzeichnis der Tabellen im Text

Tabelle 1	Betroffenheit von Armut nach Bevölkerungsgruppe in Deutschland im Jahr 2002 (‚Armutsquoten')	62
Tabelle 2	Schulbildung und Lebenserwartung	64
Tabelle 3	Beruflicher Status und Mortalität bei Krankenkassen-Mitgliedern	65
Tabelle 4	Einkommen und Lebenserwartung	66
Tabelle 5	Soziale Schicht und Mortalität	67
Tabelle 6	Beruflicher Status und Todesfälle nach Erst-Infarkt	67
Tabelle 7	Soziale Schicht und Überlebenszeit bei kolorektalem Karzinom	68
Tabelle 8	Soziale Schicht und allgemeiner Gesundheitszustand bei Schulkindern	69
Tabelle 9	Schultyp und allgemeiner Gesundheitszustand bei Schulkindern	70
Tabelle 10	Armut und allgemeiner Gesundheitszustand bei Erwachsenen	71
Tabelle 11	Soziale Schicht und allgemeiner Gesundheitszustand bei Erwachsenen	71
Tabelle 12	Armut und Herzinfarkt/Schlaganfall	72
Tabelle 13	Bildung und Herzinfarkt	73
Tabelle 14	Soziale Schicht und Herzinfarkt	73
Tabelle 15	Soziale Schicht und Diabetes mellitus	74
Tabelle 16	Soziale Schicht und Magen-/Darmkrebs	74
Tabelle 17	Soziale Schicht und Zahngesundheit bei Schulkindern	75
Tabelle 18	Schulbildung der Eltern und Zahngesundheit der Kinder	76
Tabelle 19	Schulbildung und Zahngesundheit bei Erwachsenen	76
Tabelle 20	Schulbildung der Eltern und Allergien der Kinder	77
Tabelle 21	Schulbildung der Eltern und Schweregrad kindlichen Asthmas	78
Tabelle 22	Schulbildung der Eltern und Pseudokrupp bei Kindern	79
Tabelle 23	Schulbildung der Eltern und Hauterkrankungen der Kinder	79
Tabelle 24	Schulbildung der Eltern und Neurodermitis der Kindern	80
Tabelle 25	Beruflicher Status der Eltern bzw. des Hauptversicherten und Unfälle der Kinder	80
Tabelle 26	Soziale Schicht und Unfälle von Vorschulkindern	81
Tabelle 27	Soziale Schicht und Bandscheibenschäden	82
Tabelle 28	Beruflicher Status und psychische Morbidität	83
Tabelle 29	Beruflicher Status und psychische Störungen	84
Tabelle 30	Soziale Schicht und Multimorbidität	85

		Seite
Tabelle 31	Schultyp und Rauchen bei Jugendlichen	87
Tabelle 32	Schulbildung und Rauchen bei Erwerbstätigen	87
Tabelle 33	Ausbildungsdauer und Veränderungen beim Rauchen	88
Tabelle 34	Soziale Schicht und Beendigung des Rauchens	88
Tabelle 35	Soziale Schicht und starkes Übergewicht bei Erwachsenen	89
Tabelle 36	Soziale Schicht und fehlende sportliche Aktivität bei Erwachsenen	90
Tabelle 37	Soziale Schicht und Hypertonie bei Erwachsenen	90
Tabelle 38	Soziale Schicht und Ernährung bei Jugendlichen	91
Tabelle 39	Schulbildung und Ernährung bei erwachsenen Männern	92
Tabelle 40	Schultyp und Alkoholkonsum bei Jugendlichen	93
Tabelle 41	Alkoholkonsum bei Erwachsenen	93
Tabelle 42	Stellung im Beruf und Arbeitsbedingungen	94
Tabelle 43	Einkommen, Lärmbelastung und Luftverschmutzung	94
Tabelle 44	Interventionsebene, Kontextbezug und Beispiele für verhaltenspräventive Interventionen	104
Tabelle 45	Ausgewählte Ergebnisse und Beispiele empirischer Studien zum SOC	120
Tabelle 46	Stadien der Veränderung im ‚transtheoretischen Modell‘	121
Tabelle 47	Anwendung des Modells der Stadien der Veränderung durch Hausärzte am Beispiel Übergewicht	122
Tabelle 48	Absatz von versteuerten Tabakwaren 1995–2004	130
Tabelle 49	Merkmale ‚gesunder‘ und ‚ungesunder‘ Organisationen	143
Tabelle 50	Lebensraumbezogene Bedürfnisse, Umsetzungsaspekte und mögliche Konsequenzen der Bedürfnisfrustration	148
Tabelle 51	Phasen in der Diskussion um ein Pflegeversicherungsgesetz	195
Tabelle 52	Stufen der Pflegebedürftigkeit und ihre Kriterien	198
Tabelle 53	Leistungen nach Pflegestufe pro Monat	199
Tabelle 54	Entwicklung des Sterbealters im früheren Bundesgebiet, 1980–2040	212
Tabelle 55	Annahmen und Varianten der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung	213
Tabelle 56	Die Entwicklung des Altenquotienten „65“	214
Tabelle 57	Die Entwicklung von Jugendquotient, Altenquotient „65“ und Gesamtlastquotient (5. bzw. mittlere Variante)	214
Tabelle 58	Die Entwicklung des Altenquotienten „85“	216
Tabelle 59	Finanzielle Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung in Mrd. €	221

Seite

Tabelle 60 Gegenüberstellung der Organisationsunterschiede der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung 223

Tabelle 61 Häufigkeit der Empfehlung von Rehabilitationsmaßnahmen in Pflegegutachten (in Prozent) 228

Tabelle 62 Prävalenz von mittelschweren und schweren Demenzen in Deutschland (in Prozent) 230

Tabelle 63 Differenzierte Schweregradeinteilung bei der Alzheimer-krankheit 234

Tabelle 64 Risikofaktoren für die Manifestation einer Alzheimer-Krankheit 236

Tabelle 64 Risikofaktoren für die Manifestation einer Alzheimer-Krankheit 236

Tabelle 65 Auswirkungen der Dynamisierung und der Umschichtung der Mittel im stationären Bereich bei Einführung im Jahr 2006 248

Tabelle 66 Produktgruppen im Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittel-verzeichnis 265

Tabelle 67 Ausgaben je 100 Versicherte für ausgewählte Produkt-gruppen des Hilfsmittelverzeichnisses in der GEK (2003) 267

Tabelle 68 Beispiele für die Finanzierungszuständigkeit bei Hilfs- und Pflegehilfsmitteln in vollstationären Pflege-einrichtungen 274

Tabelle 69 Therapieformen im Heilmittelkatalog 276

Tabelle 70 Indikationen im Heilmittelkatalog 277

Tabelle 71 Ausgaben für Heilmittel 2003 nach Leistungserbringern . . 279

Tabelle 72 Entwicklung der Pro-Kopf-Ausgaben für Arzneimittel im internationalen Vergleich 289

Tabelle 73 Entwicklung des Anteils der Ausgaben für Arzneimittel an den Gesamtausgaben für Gesundheit im internationalen Vergleich (in Prozent) 290

Tabelle 74 Arzneimittelausgaben nach Ausgabenträgern (in Mrd. €) . . 291

Tabelle 75 Anteile der Arzneimittelausgaben nach Ausgabenträgern (in Prozent) 292

Tabelle 76 Ausgabenanteile in der GKV nach Behandlungsarten (alte Bundesländer) 293

Tabelle 77 Ausgabenanteile in der GKV nach Behandlungsarten in Deutschland 293

Tabelle 78 Einsparpotenziale nach dem Arzneiverordnungs-Report (Mrd. €) 296

Tabelle 79 Anteil der Generikapräparate am generikafähigen und am GKV-Gesamtmarkt 298

Tabelle 80 Komponenten des Wachstums der GKV-Arzneimittel-ausgaben von 1987 bis 2002 300

		Seite
Tabelle 81	Die weltweit größten pharmazeutischen Unternehmen nach Umsatz 2002	302
Tabelle 82	Marktanteile nach Firmensitz 1998 (in Prozent)	303
Tabelle 83	Verordnungen und Umsätze nach Arztgruppen im Jahr 2003	307
Tabelle 84	Arzneiverordnungen von Allgemeinmedizinern und Internisten nach Indikationsgruppen (in DDD je Arzt für 2003)	308
Tabelle 85	Die 15 häufigsten Diagnosen bei Allgemeinmedizinern, hausärztlichen und fachärztlichen Internisten (nach ICD-10)	309
Tabelle 86	Verordnungen von Antihypertensiva (in Prozent)	311
Tabelle 87	Liste der Ausnahmeindikationen für die Verordnung rezeptfreier Medikamente zu Lasten der GKV (Auszug)	315
Tabelle 88	Entscheidungen von NICE (Stand: 12/2003)	316
Tabelle 89	Ausgaben in der Pharmabranche für Vertrieb und Verwaltung sowie Forschung und Entwicklung im Jahr 2004 (in Prozent des Umsatzes)	332
Tabelle 90	Multimorbidität und Polypharmakotherapie nach Alter und Geschlecht (in Prozent)	339
Tabelle 91	Schichtspezifische Verordnung von Statinen in Australien	342
Tabelle 92	Beispiele für Interventionen zur Verbesserung der Antibiotikatherapie	356

Seite

Verzeichnis der Abbildungen im Text

Abbildung 1	Wettbewerbsfelder im Gesundheitswesen	38
Abbildung 2	Wachstum der GKV-Leistungsausgaben (alte Bundesländer)	50
Abbildung 3	Übersicht über empirische Ergebnisse zum statistischen Zusammenhang von SES und Morbidität	86
Abbildung 4	Primärprävention als Risikoreduktion	106
Abbildung 5	AU-Tage je sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nach Wirtschaftsgruppe im Jahr 2002	139
Abbildung 6	Integration von betrieblicher Personal- und Gesundheitspolitik	144
Abbildung 7	Hierarchie von Planungsebenen im Setting-Ansatz	147
Abbildung 8	Altersverteilung der Zielgruppen	150
Abbildung 9	Zielgruppen der Angebote (zehn häufigste Angaben in Prozent)	151
Abbildung 10	Zugangsweg der Angebote	151
Abbildung 11	Verbesserung des individuellen Gesundheitsverhaltens als Ziel	152
Abbildung 12	Angebote zur sozialen Integration	154
Abbildung 13	Dokumentation der Angebote	160
Abbildung 14	Evaluation der Angebote	161
Abbildung 15	Public Health Action Cycle	159
Abbildung 16	Entwicklung des Sterbealters der Frauen im früheren Bundesgebiet, 1980–2040	212
Abbildung 17	Die Entwicklung des Altenquotienten „65“	215
Abbildung 18	Die Entwicklung des Gesamtlastquotienten	217
Abbildung 19	Die Entwicklung des Altenquotienten „85“	218
Abbildung 20	Zur Entwicklung der Struktur der 65-Jährigen und Älteren (Variante 5)	219
Abbildung 21	Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfänger in der Pflegeversicherung	220
Abbildung 22	Entwicklung der Leistungsausgaben in der Pflegeversicherung nach Bereichen in Mrd. €	220
Abbildung 23	Entwicklung der Anteile von Pflegebedürftigen nach Pflegestufen	221
Abbildung 24	Das Risiko der Pflegebedürftigkeit nach Lebensalter (in % der Bevölkerung)	222
Abbildung 25	Dynamisierung der Leistungen im Zeitverlauf	226
Abbildung 26	Entwicklung des Ausgabenanteils nach Behandlungsart in der GKV 1970–2003 (alte Bundesländer)	262

Seite

Abbildung 27 Aufgabenteilung zwischen den Spitzenverbänden der GKV und dem Gemeinsamen Bundesausschuss in der Hilfsmittelversorgung 268

Abbildung 28 Anteil der Versicherten mit Hilfs- bzw. Heilmittelverordnungen nach Altersklasse (GEK-Versicherte 2003) 269

Abbildung 29 Verteilung der Ausgaben für Hilfs-, Heil- und Arzneimittel (GEK-Versicherte 2003) 270

Abbildung 30 Heilmittelangebot der GKV als Bestandteil der Richtlinienkompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses 276

Abbildung 31 Verteilung von Krankengymnasten und Physiotherapeuten und ihre Inanspruchnahme in den Bundesländern 281

Abbildung 32 Veränderung der GKV-Arzneimittelausgaben je Mitglied gegenüber dem Vorjahr (in Prozent) 294

Abbildung 33 Varianz der Arzneimittelausgaben nach KV-Regionen, dargestellt am Beispiel einer Ersatzkasse im Jahr 2003 . . . 296

Abbildung 34 Entwicklung von Verordnungen und Umsatz umstrittener Arzneimittel 297

Abbildung 35 Entwicklung von Verordnungen und Ausgaben (GKV-Fertigarzneimittelmarkt) 299

Abbildung 36 Verordnungen nach Arztgruppen 2003 307

Abbildung 37 Reduzierung des pharmakotherapeutischen Potenzials durch Transfer, Implementierung und Umsetzung 312

Abbildung 38 Verfahrensabläufe gemäß § 139 b SGB V – Einbeziehung des IQWiG in die politischen Entscheidungsabläufe 317

Abbildung 39 Anzahl innovativer und verbesserter Wirkstoffe 330

Abbildung 40 Verteilung der Werbeausgaben für verschreibungspflichtige Medikamente in den USA (Mrd. US $) 332

Abbildung 41 Arzneiverbrauch und Kosten je Tagesdosis nach Alter und Geschlecht in Deutschland (2003) 338

Abbildung 42 Verhältnis von Männern gegenüber Frauen bei Verordnungen in ausgewählten Indikationsgruppen (nach verordneten Packungen 2003) 341

Abbildung 43 Unterschiede in der medikamentösen Therapie des Asthma bronchiale in fünf europäischen Ländern 345

Abbildung 44 Verordnungen von Statinen in 14 europäischen Ländern im Jahr 2000 346

Abbildung 45 Verhalten des Hausarztes in der zuletzt erlebten Entscheidungssituation aus der Patienten- und der Arztperspektive 348

Abbildung 46 Information des Patienten durch den Hausarzt über Medikamente und Nebenwirkungen 348

Abkürzungsverzeichnis

AABG	Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz
ABAG	Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz
Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
ABDA	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
ACE	Angiotensin-Converting-Enzyme (Angiotensin-Konversionsenzym)
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung
ADL	Aktivitäten des täglichen Lebens
ADT-Panel	Abrechnungsdatenträger-Panel
AkdÄ	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
AMG	Arzneimittelgesetz
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ASS	Acetylsalicylsäure
AU	Arbeitsunfähigkeit
BAT	Bundesangestelltentarif
BfA	Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BKK	Betriebskrankenkasse
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
BPI	Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.
BQS	Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
Ca	Calcium
CCT	Current Controlled Trials
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CI	Confidence Interval (Konfidenzintervall)
COX 2-Hemmer	Cyclooxygenase 2-Hemmstoffe
CSE-Hemmer	Cholesterin-Synthese-Enzym-Hemmstoffe
CT	Computertomographie
DALY	Disability Adjusted Life Year (behinderungsbereinigtes Lebensjahr)
DAT	Demenz vom Alzheimer-Typ
DDD	Defined daily dose (definierte Tagesdosis)
DHP-Studie	Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DIW Berlin	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung Berlin
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DMP	Disease Management Programm
DRG	Diagnosis Related Groups
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen)
DTCA	Direct-to-consumer advertising (Direkte Konsumentenwerbung)

EbM	Evidenzbasierte Medizin
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
ECDC	European Center for Disease Control and Prevention (Europäisches Zentrum für die Prävention und Bekämpfung von Seuchen)
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EMEA	European Medicines Evaluation Agency (Europäische Zulassungsbehörde für Arzneimittel)
EUDRACT	European Clinical Trials Database (Europäische Datenbank für klinische Studien)
EuGH	Europäischer Gerichtshof
EUPHIN	EU Public Health Information Network (EU Informationsnetz für öffentliche Gesundheit)
EUROASPIRE	European Action on Secondary Prevention through Intervention to Reduce Events (Europäische Aktion zur Verringerung von Ereignissen durch sekundärpräventive Maßnahmen)
FDA	Food and Drug Administration
FuE	Forschung und Entwicklung
GAmSi	GKV-Arzneimittel-Schnellinformation
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GCP	Good Clinical Practice (gute klinische Praxis)
GEK	Gmünder Ersatzkasse
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-NOG	GKV-Neuordnungsgesetz
GMDN	Global Medical Device Nomenclature
GMG	GKV-Modernisierungsgesetz
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GRG	Gesundheitsreformgesetz
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
GUV	Gesetzliche Unfallversicherung
GWB	Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen
HMO	Health Maintenance Organization
HMW	Hilfsmittelverzeichnis
HNO-Arzt	Hals-Nasen-Ohren-Arzt
HTA	Health Technology Assessment (Bewertung medizinischer Verfahren)
ICD	International Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale Klassifikation der Krankheiten)
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)
IDZ	Institut der Deutschen Zahnärzte
IKK	Innungskrankenkasse
INQA	Initiative Neue Qualität der Arbeit
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
ISDB	International Society of Drug Bulletins
JG	Jahresgutachten
Kap.	Kapitel
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHG	Krankenhausgesetz
KHK	Koronare Herzkrankheit
KMU	Kleine und mittelständische Unternehmen
KV	Kassenärztliche Vereinigung

KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MDS	Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen
MPG	Medizinproduktegesetz
MRT	Magnetresonanztomografie
NCE	New chemical entity (Neue chemische Einheit)
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Clinical Excellence
NSAR	Nichtsteroidales Antirheumatikum
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)
OR	Odds Ratio
OTC	Over the counter (rezeptfrei erhältliches Arzneimittel)
PDb	Pharmakoepidemiologische Datenbank
Pflege-VG	Pflegeversicherungsgesetz
PGB	Personengebundene Pflegebudgets
PHMV	Pflegehilfsmittelverzeichnis
PKV	Private Krankenversicherung
PR	Public Relations
RKI	Robert Koch-Institut
ROI	Return on investment (Kapitalrendite)
RSA	Risikostrukturausgleich
SEIFA-Index	Socio-economic index for areas (Sozioökonomischer Gebiets-Index)
SES	Socio-economic status (Sozioökonomischer Status)
SG	Sondergutachten
SGB	Sozialgesetzbuch
SOC	Sense of Coherence
SPV	Soziale Pflegeversicherung
SSRI	Selektive Serotoninantagonisten
SV	Selbstverwaltung
Tab.	Tabelle
UAW	Unerwünschte Arzneimittelwirkung
UMDNS	Universal Medical Device Nomenclature System
UWG	Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb
VD	Vaskuläre Demenz
VDR	Verband der Rentenversicherungsträger
VFA	Verband forschender Arzneimittelhersteller e.V.
VFWPS	Verein für werbefreie Praxissoftware e.V.
WHI	Women's Health Initiative
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK
ZI	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Danksagung

Der Rat legt hiermit sein Gutachten 2005 mit dem Titel „Koordination und Qualität im Gesundheitswesen“ vor. Neben der korporativen Koordination bilden die Zusammenhänge zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit, die Strategien der Primärprävention, die Schnittstellen zwischen der Kranken- und Pflegeversicherung, die Versorgung mit Hilfs- und Heilmitteln in der GKV und die Einflussfaktoren auf die Verordnung von Arzneimitteln Schwerpunkte der Betrachtung. Damit erfüllt der Rat seinen in § 142 Abs. 2 SGB V formulierten Auftrag, unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und der vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen sowie Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens aufzuzeigen.

Im Rahmen der Erstellung des Gutachtens hat der Rat zahlreiche Gespräche geführt und wertvolle Anregungen erhalten. Er konnte jederzeit fachkundige Information im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung einholen. Im Einzelnen dankt der Rat: Herrn Prof. Dr. med. Dieter Borgers, Universität Bremen; Herrn Prof. Dr. med. Erland Erdmann, Universität zu Köln; Frau Mag. Andrea Ernst, arte-Redaktion, Köln; Herrn Dr. rer. pol. Raimund Geene, Gesundheit Berlin e. V.; Herrn Prof. Dr. phil. Dr. rer. med. Thomas Gerlinger, Universität Frankfurt; Herrn Prof. Dr. phil. Siegfried Geyer, Abteilung Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover; Herrn Andreas Großmann, BKK Bundesverband, Essen; Herrn Dr. rer. nat. Ulrich Hagemann, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Bonn; Herrn Dipl. Politikwiss. Marc-Stephan Hübner, M.A., Abteilung Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover; Herrn Dipl.-Soz. Holger Kilian, Gesundheit Berlin e. V.; Herrn Prof. Dr. med. Johan P. Mackenbach, Erasmus Universität Rotterdam; Herrn Dr. phil. Andreas Mielck, MPH, GSF-Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen; Herrn Prof. Dr. phil. Martin Moers, Fachhochschule Osnabrück; Herrn Dr. med. Michael de Ridder, Krankenhaus am Urban, Berlin; Frau Prof. Dr. phil. Doris Schaeffer, Universität Bielefeld; Herrn PD Dr. med. Christian A. Schneider, Universität zu Köln; Frau Dr. rer. soc. Ingrid Schubert, Universität zu Köln; Herrn Prof. Dr. phil. Johannes Siegrist, Universität Düsseldorf; Herrn Prof. Dr. med. Klaus Stegmüller, Fachhochschule Fulda; Herrn Prof. Dr. med. Gerold Stucki, Institut für Gesundheits- und Rehabilitationswissenschaften der Ludwig-Maximilians-Universität München; Frau Dipl.-Psych. Susanne Wurm, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin.

Der Rat dankt auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern an den Lehrstühlen und Institutionen der Ratsmitglieder, insbesondere Herrn Dipl.-Volksw. Holger Cischinsky, Universität Mannheim; Frau Dipl.-Pflegepäd. Dagmar Dräger, Freie Universität Berlin; Herrn PD Dr. med. Dr. rer. pol. Afschin Gandjour, MBA, Universität zu Köln; Dr. rer. pol. Markus Lüngen, Universität zu Köln; Herrn Apotheker Frank Meyer, Universität Bremen; Frau Dr. med. Elke Scharnetzky, Universität Bremen; Herrn Dr. rer. cur. Maik Winter, Freie Universität Berlin; Herrn Dr. phil. Michael T. Wright, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.

Für die Erarbeitung und Durchsicht wichtiger Teile und für die Endredaktion des Gutachtens konnte sich der Rat, wie schon in der Vergangenheit, auf die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle stützen. Zu ihnen gehören Frau Dr. med. Sabine Maria List, MPH, Herr Dipl.-Volksw. Claus Michel, Herr Dr. med. Jan Paehler, M.Sc., Frau Dr. med. Dipl.-Sozialw. Sonja Schlemm, Frau Dr. oec. publ. Dipl.-Volksw. Astrid Selder und als Leiter der Geschäftsstelle Herr Dr. oec. Dipl.-Volksw. Lothar Seyfarth. Für ihr außergewöhnliches Engagement und ihre tatkräftige und sehr sachkundige Unterstützung gebührt ihnen besonderer Dank.

Der Rat dankt außerdem Frau Anette Bender, die mit großer Sorgfalt und Geduld die technische Herstellung der Gutachtenbände bewältigte. Schließlich dankt der Rat Frau Sabine VanDen Berghe und Frau Annette Wessel für die Unterstützung der Arbeit des Rates in der Geschäftsstelle.

Wenn im Gutachten bei der Bezeichnung von Personengruppen, Gesundheitsberufen und anderen Kollektiven die männliche Form verwendet wird, so sind damit selbstverständlich Frauen und Männer gemeint. Die Verwendung der kürzeren männlichen Form dient ausschließlich der besseren Lesbarkeit.

Für Fehler und Mängel des Gutachtens trägt der Rat die Verantwortung.

Bonn, im Mai 2005

Gisela C. Fischer	**Gerd Glaeske**	**Adelheid Kuhlmey**
Karl W. Lauterbach	**Rolf Rosenbrock**	**Peter C. Scriba**
	Eberhard Wille	

1 Einleitung: Steigerung der Versorgungsqualität durch verbesserte Koordination

1.1 Ansatz- und Schwerpunkte des Gutachtens

1. Das deutsche Gesundheitswesen bietet, wie der Rat bereits in seinem letzten Gutachten feststellte (vgl. Gutachten 2003), auch aus internationaler Perspektive für alle Bürger ein nahezu flächendeckendes Angebot an Gesundheitsleistungen und einen hohen Versorgungsstandard. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hält, verglichen mit den sozialen Krankenversicherungssystemen auch ökonomisch vergleichbarer Länder, einen umfänglichen Leistungskatalog mit einer guten Erreichbarkeit vor, und konfrontiert die Patienten kaum mit Rationierungen, wie z. B. Warteschlangen bei zeitkritischen Behandlungen. Abgesehen von Sprachproblemen dürften deshalb auch nur wenige deutsche Patienten eine Behandlung im Ausland vorziehen. Unbeschadet seiner Vorzüge weist das deutsche Gesundheitswesen aber in Form von Unter-, Über- und Fehlversorgung noch ein beachtliches Potenzial zur Erhöhung von Effizienz und Effektivität auf (vgl. Gutachten 2000/2001). Dies bedeutet, dass sich die derzeit erreichten gesundheitlichen Outcomes auch mit einem geringeren Ressourceneinsatz und/oder mit den eingesetzten Mitteln ein höheres Outcomeniveau realisieren ließen.

2. Unter-, Über- und Fehlversorgung gehen insofern auf Qualitätsmängel zurück, als die optimale Qualität eine Versorgung

- zum richtigen Zeitpunkt, d. h. gegebenenfalls schon präventive Maßnahmen,
- am richtigen Ort, d. h. bei dem am besten geeigneten Leistungserbringer und
- in der richtigen Art und Weise, d. h. bedarfsgerecht, dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechend und wirtschaftlich (vgl. § 70 Abs. 1 SGB V)

beinhaltet. Die vorhandenen Qualitätsmängel wurzeln häufig in Koordinationsdefiziten, die wiederum mit mangelnder Transparenz, unzureichendem Wettbewerb und inadäquaten Anreizsystemen einhergehen. Das vorliegende Gutachten zielt vornehmlich darauf ab, am Beispiel ausgewählter Versorgungsbereiche bzw. Behandlungsarten Vorschläge zur Steigerung der Qualität durch verbesserte Koordination zu unterbreiten. Im Mittelpunkt der Überlegungen steht nicht die äußere Finanzierung der GKV und auch weniger die Effizienz des deutschen Gesundheitswesens, d. h. die noch mögliche Ressourceneinsparung bei gegebenen gesundheitlichen Outcomes – ohne die Bedeutung dieser Themen damit gering zu schätzen –, als vielmehr die Verbesserung von Effektivität und Qualität der Gesundheitsversorgung im Sinne optimaler Versorgungsergebnisse.

Die einzelnen Kapitel widmen sich den folgenden Themen:

- Korporative Koordination und Wettbewerb im Gesundheitswesen (Kapitel 2),
- Sozioökonomischer Status und Gesundheit (Kapitel 3),
- Strategien der Primärprävention (Kapitel 4),
- Schnittstellen zwischen Kranken- und Pflegeversicherung (Kapitel 5),
- Hilfsmittel und Heilmittel in der GKV (Kapitel 6) sowie
- Einflussfaktoren auf die Verordnung von Arzneimitteln (Kapitel 7).

3. Kapitel 2 beschäftigt sich aus ordnungspolitischer Perspektive mit den drei zentralen gesamtwirtschaftlichen Koordinationsinstrumenten, die im deutschen Gesundheitswesen die knappen Ressourcen auf die jeweiligen Verwendungszwecke aufteilen, d. h. mit der korporativen Koordination, dem Markt- und Preismechanismus und der staatlich-administrativen Steuerung. Das deutsche Gesundheitswesen umfasst, auch im Unterschied zu anderen Wirtschaftssektoren, eine Fülle von korporativen Elementen. Die Gemeinsame Selbstverwaltung in der GKV bildet ein Paradebeispiel korporativer Koordination. Vor diesem Hintergrund stellen sich Fragen sowohl nach den Beziehungen, die zwischen diesen Koordinationsmechanismen bestehen, als auch nach ihrem für die Gesundheitsversorgung optimalen Verhältnis, d. h. nach dem idealen *policy mix*. In diesem Kontext geht es vor allem darum zu prüfen, ob und inwieweit der Auf- und Ausbau dezentraler Wettbewerbsprozesse Effizienz und Qualität der Gesundheitsversorgung zu steigern vermag. Unter geeigneten Rahmenbedingungen könnten selektive Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern einen Qualitätswettbewerb auslösen.

4. Empirische Untersuchungen zum Verhältnis zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit von Personen zeigen, wie in Kapitel 3 dargelegt, dass Mortalität und Morbidität von Bildung, beruflichem Status und Einkommen abhängen können. Im Unterschied zu dem recht klaren Befund herrscht über die Ursachen dieser sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen und insbesondere ihre quantitative Relevanz noch weitgehend Unklarheit. Die kausale Abklärung dieses Verhältnisses stößt auch insofern auf Probleme, als zahlreiche Einflussgrößen, die auf Mortalität und Morbidität einwirken, nicht im Gesundheitswesen, sondern im Bildungs-,

Wohnungs- und Verkehrswesen sowie im Ernährungs- und Umweltbereich wurzeln. Die Verminderung dieser statusbedingten Ungleichheiten von Gesundheitschancen bildet eine prioritäre Aufgabe der Gesundheitspolitik, die aber damit zugleich vor erheblichen intersektoralen Koordinationsproblemen mit anderen Politikbereichen steht.

5. Erhebliche statusbedingte Ungleichheiten von Gesundheitschancen stellen vor allem für die in Kapitel 4 behandelten Strategien der Primärprävention eine gesundheits- bzw. sozialpolitische Herausforderung dar. Die auch im Rahmen der Primärprävention knappen Ressourcen zwingen dabei im Sinne von Effizienz und Effektivität zur Konzentration auf bestimmte Problembereiche bzw. -gruppen. Im Gegensatz zu zielgruppen- und kontextunabhängigen Interventionen, die einer geringeren Koordination bedürfen, zielt der hier vorgeschlagene ‚Setting'-Ansatz auf eine Integration verhaltens- und verhältnispräventiver Elemente, die z. B. in Schulen, Betrieben oder auch bestimmten ‚Quartieren' bzw. Stadtteilen ansetzen bzw. erfolgen kann. Neben Kommunikationsstrategien, die sich u. a. der Massenmedien bedienen, können auch ökonomische Anreize z. B. in Form von Steuererhöhungen bei Tabak und Alkohol die Primärprävention stärken. Erfolgreiche Strategien der Primärprävention setzen sich somit aus einem zielgerichteten Bündel aufeinander abgestimmter Maßnahmen zusammen.

6. Die in Kapitel 5 thematisierten Schnittstellen zwischen der GKV und der sozialen Pflegeversicherung (SPV) machen allokativ relevante und bisher ungelöste Koordinationsprobleme zwischen diesen Zweigen der sozialen Sicherung deutlich, die sich jeweils an unterschiedlichen ordnungspolitischen Prinzipien orientieren und divergierende Ziele verfolgen. Während die GKV von ihrem Anspruch her eine Vollversicherung mit wettbewerblichen Elementen darstellt, weist die SPV als ‚Teilkaskoversicherung' einen einheitlichen Beitragssatz in Verbindung mit einem Finanzausgleich auf. Da GKV und SPV ein ähnliches Risiko abdecken, treten zahlreiche Schnittstellenprobleme auf, die allokative Verwerfungen verursachen und zudem häufig zu einer Benachteiligung der Patienten führen. Eine Integration von GKV und SPV könnte nicht nur einen Teil dieser Koordinationsprobleme lösen, sondern auch die SPV wettbewerblich ausgestalten und damit ihre Effizienz und Qualität erhöhen. Zudem setzen die erheblichen Unterschiede in den Leistungen für stationäre und ambulante Pflege ökonomische Anreize zu einer Versorgung ‚am falschen Ort'.

7. Obwohl die Ausgaben der GKV für Hilfs- und Heilmittel, wie Kapitel 6 verdeutlicht, im letzten Jahrzehnt von allen bedeutenden Behandlungsarten die höchsten Wachstumsraten verzeichneten, schenkten Diskussionen um eine Erhöhung von Effizienz und Qualität der Gesundheitsversorgung diesem Bereich bisher nur eine vergleichsweise geringe Aufmerksamkeit. Ein Grund für diese sachlich nicht gerechtfertigte Vernachlässigung liegt in der noch weitgehenden Intransparenz, die bei dieser äußerst heterogenen Behandlungsart vorherrscht und damit Evaluationen der Versorgungsqualität bisher weitestgehend unmöglich machte. Das gilt vor allem für das weite Spektrum der Hilfsmittel, dessen Heterogenität und Intransparenz eine gezielte Auswahl seitens der Krankenkassen behinderte und tendenziell für eine niedrige Wettbewerbsintensität spricht. Angesichts ihrer starken Demographieabhängigkeit und der relevanten Rolle, die Hilfsmittel im Rahmen der Rehabilitation und Pflege spielen, verdient diese Behandlungsart künftig eine erheblich größere Aufmerksamkeit.

8. Wie im Rahmen der Pflege und teilweise auch bei Hilfsmitteln versprechen im Arzneimittelbereich, mit dem sich Kapitel 7 auseinandersetzt, dezentrale Wettbewerbsprozesse in Form von selektiven Verträgen zwischen Krankenkassen und Herstellern bzw. Apotheken eine Erhöhung von Effizienz und Qualität der Versorgung. Da sich zur Umsetzung solcher Verträge vor allem die integrierte Versorgung anbietet, könnte diese Versorgungsform, die auf eine zielgerichtete intersektorale Koordination der Behandlung abzielt, dadurch von den Anreizen her an Attraktivität gewinnen. Bei dem Bestreben, die Qualität der Arzneimitteltherapie zu verbessern, kommt künftig der ‚vierten Hürde' eine besondere Bedeutung zu. Ihr stellt sich die Aufgabe, die therapeutische Wirksamkeit von Arzneimitteln im Vergleich zu ihren relevanten Alternativen zu bewerten und die jeweiligen Nutzendifferenzen als Informationsgrundlage für die Erstattung durch die GKV zu ermitteln. Eine qualitätsorientierte Arzneimitteltherapie setzt allerdings zusätzlich voraus, dass Ärzte und Patienten objektive und für sie nutzbare Informationen über den therapeutischen Nutzen von Arzneimitteln bzw. über die jeweiligen Behandlungsalternativen erhalten.

1.2 Korporative Koordination und Wettbewerb im Gesundheitswesen

9. Der Korporativismus beruht auf Vereinbarungen, die Organisationen schließen. Das Spektrum korporativer Organisationen reicht dabei von Körperschaften des öffentlichen Rechtes, wie Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen, bis zu privaten Verbänden, wie z. B. dem Hartmannbund oder Verbänden der pharmazeutischen Industrie. Die Entwicklung der korporativen Koordination in der GKV folgte in den letzten 30 Jahren zwar keinem eindeutigen Trend, die korporativen Elemente nahmen aber per saldo eher zu als ab. Dies gilt vor allem für den stationären Sektor mit den gestiegenen Kompetenzen der Krankenhausgesellschaften und dem Gemeinsamen Bundesausschuss als korporative ‚Super-Organisation'. Während die ordnungspolitische Devise nach 1997 im Rahmen des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes noch „Vorfahrt für die Selbstverwaltung" lautete, steht die korporative Koordination derzeit auf dem Prüfstand. Diese zunehmend kritische Einschätzung geht auf Fehlallokationen im deutschen Gesundheitswesen und die vor allem zuletzt langwierigen und ergebnisarmen Abstimmungsprozesse innerhalb und zwischen den korporativen Organisationen zurück.

10. Um die Inflexibilitäten aufzubrechen, die der korporativen Koordination anhaften, bietet sich eine Integration und Stärkung von dezentralen Wettbewerbsprozessen in

Form von selektiven Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern an. Dabei entstehen in Form eines gestuften Verfahrens zwei Wettbewerbsebenen. Auf der oberen, die bei den bisher vorherrschenden Kollektivverträgen entfällt, stehen Krankenkassen und Leistungserbringer wechselseitig in Konkurrenz um Verträge bzw. Vertragspartner und auf der unteren konkurrieren die Leistungserbringer um Patienten. Selektive Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern setzen Anreize zu Zusammenschlüssen bzw. zu einer Intensivierung bereits vorhandener Konzentrationsprozesse. Die Beteiligten müssen dabei u. a. die Normen des deutschen und europäischen Wettbewerbs- und Vergaberechtes beachten. In diesem Kontext empfiehlt sich für die Krankenkassen eine öffentliche Ausschreibung mit transparenten und objektivierbaren Kriterien.

11. Da alle Koordinationsmechanismen spezielle Vor- und Nachteile aufweisen, erlauben Defizite der korporativen Koordination noch keine Schlüsse darüber, ob und inwieweit alternative Steuerungssysteme die fiskalischen, allokativen und distributiven Ziele besser erfüllen. Der vergleichsweise moderate Anstieg der Ausgaben für die ambulante Behandlung deutet darauf hin, dass sich das fiskalische Postulat der Beitragssatzstabilität mit Hilfe der korporativen Koordination vergleichsweise besser realisieren ließ als im stationären und Arzneimittelbereich durch alternative Steuerungssysteme. Dagegen weist die korporative Koordination erhebliche allokative Mängel auf, was sich vor allem an der nur schwachen Innovationsfähigkeit und der noch immer unbefriedigenden Qualitätssicherung zeigt. Diese Defizite könnten durch subsidiär wirkende dezentrale Wettbewerbsprozesse verringert werden, indem die Krankenkassen, z. B. im Rahmen der integrierten Versorgung, entsprechende Anreize setzen. Insofern bietet es sich an, selektives Kontrahieren in einen kollektiv-rechtlichen Rahmen einzubetten und auf diese Weise die korporative Koordination verstärkt mit dezentralen Wettbewerbsprozessen zu konfrontieren. Sofern der Qualitätswettbewerb über einen steigenden Anteil integrierter Versorgung einen bestimmten Anteil an der Versorgung erreicht, dürfte sich dies nicht nur für die betreffenden Versichertengruppen positiv auswirken, sondern auch auf das Gesamtsystem durchschlagen. Es stehen dann nicht nur die Netze untereinander, sondern auch mit dem übrigen kollektivvertraglichen System im Wettbewerb.

1.3 Sozioökonomischer Status und Gesundheit

12. Personen mit niedriger Bildung, einem niedrigen beruflichen Status und/oder einem geringeren Einkommen weisen signifikant häufiger einen beeinträchtigten Gesundheitszustand und eine geringere Lebenserwartung auf als Personen mit höherem sozioökonomischem Status. So wurden z. B. für Deutschland Daten publiziert, nach denen Männer aus dem untersten Viertel der Einkommensskala eine um ca. zehn Jahre geringere Lebenserwartung als Männer aus dem obersten Viertel (72 gegenüber 82 Jahren) haben; für Frauen beträgt der entsprechende Unterschied ca. fünf Jahre (81 gegenüber 86 Jahren). Zu dieser ‚vertikalen' Ungleichheit von Gesundheitschancen tritt die ‚horizontale' nach den Merkmalen Alter, Geschlecht, Familienstand und Nationalität bzw. Migrationshintergrund hinzu.

13. Neben dem allgemeinen Gesundheitszustand ist bei Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status auch die spezifische Morbidität bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes Mellitus, Magen-/Darm-, Lungen-, Nieren- bzw. Blasenkrebs, Leukämie, malignen Lymphonen, Krankheiten des Magens, Zahnerkrankungen, Bandscheibenschäden, rheumatischen Krankheiten, Unfällen (bei Kindern) und psychischen Erkrankungen erhöht. Lediglich bei Allergien, Kinder-Bronchitis, eingeschränktem Sehvermögen und einigen Hauterkrankungen sind Angehörige sozial höherer Statusgruppen stärker betroffen.

Diese – insgesamt noch nicht befriedigend erklärten – Unterschiede lassen sich nur zum Teil auf die in den sozial schwächeren Bevölkerungsgruppen häufiger festzustellenden Risikofaktoren (v. a. Rauchen, Bewegungsmangel und Übergewicht) zurückführen. Hinzu treten ungünstigere Arbeitsbedingungen (Umgebungsbelastungen, Unfallgefahren, körperliche und psychosoziale Belastungen) sowie Unterschiede in den Wohnbedingungen und Erholungsmöglichkeiten.

14. Die Forschungslage zur sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen ist in Deutschland trotz beachtlicher Beiträge der Public Health-Forschung nach wie vor unbefriedigend. Neben weiteren Surveys (Dauerbeobachtung) fehlt es insbesondere an Studien, die sozialräumliche bzw. gruppenbezogene Konzentrationen von Gesundheitsbelastungen im Zusammenhang mit den Möglichkeiten qualitätsgesicherter Interventionen der Primärprävention untersuchen. Gefordert werden eine stärkere Berücksichtigung der Ungleichheit von Gesundheitschancen in der Gesundheitsberichterstattung sowie die Verknüpfung der Gesundheitsberichterstattung mit der Berichterstattung über Armut und Reichtum.

1.4 Strategien der Primärprävention

15. ‚Gesundheit' stellt ein gesellschaftliches Leitthema mit zunehmender politischer und wirtschaftlicher Bedeutung dar. Die Entwicklung einer zeitgemäßen und nachhaltigen Primärprävention zur Stärkung und zum Erhalt von Gesundheit und zur Vermeidung sekundär- bzw. tertiärpräventiver oder kurativer Interventionen bildet eine zentrale Aufgabe der gesamten Gesellschaft.

16. Neben der medizinisch-kurativen Versorgung üben in erster Linie wirtschaftliche und soziale Entwicklungen, Bildungs-, Umwelt- und Ernährungsfortschritte einen Einfluss auf die gesundheitliche Situation der Bevölkerung aus. Der Beitrag der medizinisch-kurativen Versorgung zur Verbesserung der Gesundheit beläuft sich, je nach Modellansatz und methodischem Vorgehen, auf lediglich 10 bis 40 %. Viele Regelungen, Initiativen und Entwicklungen mit Bedeutung für die Primärprävention bewegen sich außerhalb des herkömmlichen Aufgabenspektrums der von Gesundheitsministerien verantworteten

Gesundheitspolitik. Wirksame und nachhaltige Primärprävention bedarf einer engen Kooperation von Akteuren in verschiedenen Lebensbereichen und Politikfeldern.

Starke Zusammenhänge zwischen dem sozioökonomischen Status und dem Gesundheitszustand bzw. der Lebenserwartung sind nachweisbar, jedoch noch nicht vollständig erklärt. Unterschiede in der Belastung durch Verhaltensweisen und Konsummuster, Lebens- und Arbeitsbedingungen und in der Ausstattung mit personalen, sozialen und materiellen Ressourcen tragen allerdings wesentlich zu dieser ‚sozial bedingten' Ungleichheit von Gesundheitschancen bei. Neben unmittelbar gesundheitsbezogenen, bildungs- und sozialpolitischen Angeboten und Interventionen gewinnen wirtschaftliches Wachstum und Entwicklungen am Arbeitsmarkt, die eine Verbesserung der Situation sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen ermöglichen, auch aus einer primärpräventiven Perspektive zunehmend an Bedeutung.

17. Präventive Angebote und Interventionen zielen oft auf Verhaltensweisen und Konsummuster (Verhaltensprävention). Die Effektivität zielgruppen- und kontextunabhängiger sowie auf Risikoinformation fokussierender Interventionen ist in der Regel jedoch gering. Als richtungsweisend erscheint eine kontextorientierte, auf Zielgruppen und Lebenslagen zugeschnittene Primärprävention. Sie lässt sich am besten im Rahmen des ‚Setting'-Ansatzes (‚Prävention in Lebenswelten') umsetzen. Dieser Ansatz bietet Möglichkeiten einer Integration verhaltens- und verhältnispräventiver Elemente und der Entwicklung bzw. Vermehrung gesundheitsrelevanter Ressourcen (z. B. Kompetenzen, soziale Netzwerke). Dabei knüpft er an die unmittelbaren Lebenszusammenhänge der Beteiligten an und bezieht ihre Problemwahrnehmung in die Interventionsplanung ein.

Der Setting-Ansatz kann auch zur Verminderung gesundheitlicher Chancenungleichheit beitragen. So können Settings gezielt, etwa in Stadtteilen mit einem hohen Anteil sozial benachteiligter Einwohner, für Interventionen ausgewählt werden. Als Setting eignen sich insbesondere Betriebe, Verwaltungen, Schulen und andere Institutionen, aber auch bestimmte Quartiere innerhalb von Stadtteilen.

18. Massenmedien vermitteln Lebensbilder und Rollenmodelle. Kommunikationsstrategien können für definierte Zielgruppen attraktive Lebensstile, Rollen- bzw. Konsummodelle mit aus primärpräventiver Perspektive sinnvollen Verhaltensmustern verbinden. *Public Relations*-Instrumente sollten jedoch im Rahmen eines Gesamtkonzepts z. B. für eine Präventionskampagne eingesetzt werden. Derartige Kampagnen beziehen sich auf einzelne Gesundheitsprobleme (Bewegungsdefizite, Tabak, Alkohol, Fehlernährung, Stress) und ergänzen Interventionen in Settings.

19. Dem Gesundheitsmanagement in Betrieben kommt aufgrund einer veränderten Altersverteilung der Belegschaften eine erhöhte Relevanz zu. Die betriebliche Gesundheitspolitik kann sowohl Präventionskampagnen zu einzelnen Gesundheitsproblemen ergänzen als auch auf systemische Interventionen zielen, die sich am betrieblichen Kontext, den konkreten Bedarfslagen und am Leitbild einer ‚gesunden Organisation' orientieren. Die Potenziale der betrieblichen Gesundheitsförderung werden bisher nicht ausgeschöpft. Krankenkassen können Bonusmodelle in ihre Satzung aufnehmen, um Arbeitgebern zusätzliche Anreize für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu geben. Darüber hinaus lassen sich Erfolge und Erfahrungen aus dem Setting Betrieb auch für nichtbetriebliche Settings nutzen.

20. Städte und Gemeinden prägen mit ihrer Entwicklung und Politik die Lebensbedingungen der gesamten Bevölkerung. Zum Einflussbereich der Kommunalpolitik zählen u. a. die wirtschaftliche Entwicklung der jeweiligen Stadt bzw. Region und damit Arbeits- und Einkommensperspektiven, die Umwelt- und Verkehrsbelastung, die soziale Infrastruktur, Bildungs- und Gesundheitseinrichtungen. Um die Entscheidungsgrundlagen der kommunalen Gesundheitspolitik zu verbessern, sollten Gesundheits- und Sozialberichterstattung besser miteinander verknüpft werden.

21. Im Hinblick auf die Effektivität von primärpräventiven Interventionen besteht derzeit noch Forschungsbedarf. Krankenkassen sollten aber auch komplexe und schwierig zu evaluierende Angebote und Interventionen fördern, wenn

- für analoge Interventionen ein Wirksamkeitsnachweis vorliegt,
- die Wirksamkeit plausibel erscheint und
- eine professionelle Qualitätssicherung gewährleistet ist,

ohne dabei prinzipiell auf einen Wirksamkeitsnachweis zu verzichten.

22. Ökonomische Anreize tragen zur Stärkung der Prävention bei. Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen dem Preis und dem Konsum von Zigaretten führten zu dem Ergebnis, dass Preiserhöhungen den Konsum tendenziell senken. Auch das Preisniveau von Alkohol beeinflusst den Verbrauch. Bei Überlegungen zur Besteuerung des Alkoholkonsums sollte geprüft werden, ob die zur Zeit noch uneinheitliche Besteuerung des Alkoholkonsums durch eine einheitliche Alkoholsteuer ersetzt werden kann, die sich ausschließlich am Alkoholgehalt orientiert und alle alkoholhaltigen Getränke in die Besteuerung einbezieht.

23. Die Primärprävention nach dem Setting-Ansatz muss auch in Einrichtungen des Gesundheitssystems, vor allem Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, gestärkt werden. Anreize zur Gesundheitsförderung lassen sich z. B. durch eine Berücksichtigung in Pflegesatzvereinbarungen setzen. Defizite bestehen überdies im Impfverhalten. Über Informationsangebote hinaus sollte die Vertragsgestaltung in diesem Bereich überprüft und ggf. weiterentwickelt werden.

1.5 Schnittstellen zwischen der Kranken- und Pflegeversicherung

24. Die Pflege stellt in alternden Gesellschaften ein wichtiges gesundheitspolitisches Handlungsfeld dar. Deshalb war die Errichtung der sozialen Pflegeversicherung (SPV) im Jahr 1994 ein notwendiger Schritt. Für ihre Entwicklung in Deutschland kommt es vor allem darauf an, die Nachhaltigkeit der Erfolge, u. a. beim Ausbau der ambulanten pflegerischen Angebote, bei der Qualitätssicherung oder bei der Verankerung der Disziplin in den Hochschulen, zu gewährleisten. Zudem geht es darum, Versorgungslücken etwa bei der Betreuung Demenzkranker, psychisch Kranker oder Sterbender und nicht akzeptable Mängel in elementaren Bereichen der pflegerischen Versorgung weiter abzubauen. Jede Reform der Pflegeversicherung, die diese Kontexte nicht berücksichtigt, greift zu kurz.

Der Reformbedarf ist heute augenfällig. Die vorhandenen pflegerischen Angebote werden mit der prognostizierten Zunahme an Pflegebedarf weder quantitativ noch qualitativ Stand halten, und der Mehrbedarf geht mit Kosten einher, die eine Umgestaltung der Versicherung erfordern. Die Reformbemühungen sollten deshalb nicht allein auf die finanzielle Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit beschränkt bleiben, sondern den gesellschaftlichen Diskurs über die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, über Umverteilungsprozesse von Ressourcen im Gesundheitssystem, über selbst organisierte und finanzierte Vorsorge und nicht zuletzt über die Generationengerechtigkeit aller Maßnahmen forcieren. Die Zielsetzung besteht nicht nur darin, die gleichen Pflegeleistungen vermehrt anzubieten, sondern mindestens ebenso darin, ein nutzerorientiertes und ausdifferenziertes Pflegesystem für die Bewältigung der Herausforderungen älter werdender Gesellschaften zu gestalten.

25. In der Kranken- und Pflegeversicherung werden vergleichbare Lebensrisiken versichert. Die Trennung der wettbewerblich ausgerichteten GKV von der nichtwettbewerblich organisierten SPV führt zu Lücken in der Versorgung, zu falschen Anreizen, z. B. bei der Umsetzung des Leitgedankens ‚Rehabilitation vor Pflege', und zu Hemmnissen für die Integration der Versorgung. Solche Schnittstellenprobleme sprechen für eine Zusammenführung beider Versicherungen. Diese Umgestaltung setzt aber den Wechsel zu einem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich auch in der SPV voraus. Zudem müssen die Pflegekassen Wettbewerbsparameter erhalten, die es ihnen erlauben, direkt mit Leistungsanbietern für ihre Versicherten (günstige) Tarife auszuhandeln, um so auch Anreize für flexiblere Angebote von ambulanten und stationären Einrichtungen zu setzen.

26. Die Basis zur Finanzierung des Risikos Pflegeabhängigkeit bedarf einer dauerhaften Absicherung. Die Versicherungsbeiträge sollten auf alle Einkommensarten ausgeweitet und die Beiträge aus dem Arbeitseinkommen weiter paritätisch finanziert werden. Die Sätze für die Vergütung der ambulanten und stationären Pflege sollten dynamisiert werden, und zwar um einen Prozentpunkt über der Inflationsrate, da nur so der Realwert der pflegerischen Leistungen erhalten bleibt. Bei den stationären Pflegesätzen bietet sich diese Dynamisierung ab dem Jahr 2006, bei den ambulanten Sätzen in der Pflegestufe I rückwirkend ab dem Einführungsjahr der Pflegeversicherung an. Diese Dynamisierung, die eine Beitragssatzerhöhung von ca. 0,1 Prozentpunkten verursacht, setzt Anreize für einen Ausbau der ambulanten Pflege. Dabei muss vermieden werden, dass stationär Gepflegte wieder in großer Zahl zu Sozialhilfeempfängern werden. Diesem Ziel dient der Vorschlag, die Leistungen der Pflegestufe I in der stationären Versorgung um ca. 50 € pro Monat abzusenken und die der Pflegestufe III um ca. 200 € pro Monat anzuheben. Dieses – aufkommensneutrale – Vorgehen führt tendenziell zu einem gleichhohen Eigenanteil der Betroffenen in jeder Pflegestufe. Die Dynamisierung der ambulanten Leistungen und das leichte Absenken der stationären Leistungen in Pflegestufe I reduzieren das bisherige Missverhältnis zwischen den Versicherungsleistungen für ambulante und stationäre Pflege.

27. Die aktuelle Ausgestaltung des Versicherungssystems enthält kaum Anreize zur Nutzung der bestehenden präventiven und rehabilitativen Möglichkeiten zur Vermeidung bzw. Verzögerung von Pflegebedürftigkeit. Um diese Situation zu verbessern, sollte Rehabilitation von dem Träger finanziert werden, der den Nutzen aus dem Erfolg der Maßnahme zieht. Die Rehabilitation für Pflegebedürftige könnte aus einem von Krankenkassen und Pflegekassen gemeinsam getragenen Budget finanziert werden. Alternativ kann die Pflegeversicherung selbst als Rehabilitationsträger fungieren.

28. Eine besondere Herausforderung für die Pflege stellt die zunehmende Zahl von Demenzkranken dar. Um diesen Anforderungen adäquat begegnen zu können, stellen belastbare Untersuchungen zur Entwicklung der pflegerischen Bedarfe aus der Nutzerperspektive, der Kosten und auch des Arbeitskräftebedarfs eine notwendige Voraussetzung dar. Insgesamt sollte die Pflegeforschung in Deutschland mehr als bislang gefördert werden.

1.6 Hilfsmittel und Heilmittel in der GKV

29. Obwohl in der Vergangenheit wenig beachtet, stiegen die Ausgaben der GKV für Heil- und Hilfsmittel deutlich an – mit höheren Wachstumsraten als in den anderen bedeutenden Sektoren. Entfielen im Jahr 1991 noch 5,4 % der Ausgaben auf Hilfsmittel und Heilmittel, betrugen die jeweiligen Anteile 2003 bereits 7,7 %, eine Steigerung um 42,6 %. Im gleichen Zeitraum nahm der Ausgabenanteil für die stationäre Behandlung lediglich um 2,1 %, der Anteil der Arzneimittel um 7,9 % zu. Obwohl die Aufwendungen der GKV inzwischen 9,3 Mrd. € (2003) betragen, finden Hilfs- und Heilmittel in Diskussionen zur Qualität und Effizienz im Gesundheitssystem noch wenig Aufmerksamkeit. Dabei werden insbesondere die Hilfsmittelausgaben, die sich derzeit auf ca. 5,4 Mrd. € belaufen, aufgrund der demographischen Veränderung unserer Gesellschaft in Zukunft weiter zunehmen. Immer mehr ältere Menschen nehmen technische Hilfen in Anspruch, um ihre Alltagskompetenz trotz eingeschränkter Gesundheit aufrechtzuerhalten.

30. In beiden Bereichen, vor allem aber bei den Hilfsmitteln, ist eine verbesserte Transparenz sowohl bezüglich der Anbieter und Preise als auch der Qualität der Produkte erforderlich. Dabei geht es nicht nur um die Strukturqualität des Angebots, sondern auch um die Prozessqualität bei der Verordnung und Nutzung. In beiden Bereichen könnte ein Ausbau der Versorgungsforschung dazu befähigen, den Nutzen von Maßnahmen abzuschätzen und damit zu vermeiden, dass die GKV Heil- und Hilfsmittel von umstrittener Wirksamkeit finanziert.

31. Um auf Marktveränderungen bei den Angeboten und Anbietern, bei der Qualität und bei den Preisen zeitnah reagieren zu können, und um das Hilfsmittelverzeichnis zügig fortzuschreiben, sollte eine Task Force eingerichtet werden, die sich aus Vertretern der Krankenkassen und des Medizinischen Dienstes sowie unabhängigen Experten zusammensetzt. Da dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Konkretisierung des im SGB V nur allgemein abgegrenzten GKV-Leistungskatalogs obliegt, sollte er in die Task Force einbezogen werden.

32. Besondere Aufmerksamkeit verdient die Wirkung der im Jahr 2005 in Kraft getretenen bundesweiten Festbeträge für Hilfsmittel. Festbeträge erhöhen zwar die Transparenz, zeitraumbezogene Versorgungspauschalen könnten aber wegen regionaler Preis- und Qualitätsunterschiede und bei individuellem Beratungs- und Anpassungsbedarf für bestimmte Hilfsmittel die bessere Lösungsstrategie darstellen. Zugleich bieten sich derartige Pauschalen für den Wettbewerb der Krankenkassen um innovative Versorgungsformen an.

1.7 Einflussfaktoren auf die Verordnung von Arzneimitteln

33. Der deutsche Arzneimittelmarkt nimmt gemessen am Umsatzvolumen die dritte Position weltweit ein. Die Ausgaben für Arzneimittel in der GKV stiegen seit den neunziger Jahren kontinuierlich an und erreichten zwischenzeitlich das gleiche Niveau wie die Aufwendungen für ambulante Behandlung durch Ärzte. Gleichwohl sind der Anteil der Arzneimittelausgaben an den gesamten Ausgaben für die Gesundheitsversorgung sowie die Pro-Kopf-Ausgaben für Arzneimittel im internationalen Vergleich bezüglich Niveau und Entwicklung eher unauffällig. Unabhängig davon besteht weiterhin die Notwendigkeit, die vorhandenen Rationalisierungsreserven auszuschöpfen und die Qualität der Pharmakotherapie zu verbessern.

34. Deutschland weist den vermutlich größten Marktanteil von Generikapräparaten weltweit auf. Ein höheres Einsparpotenzial als im Bereich der Substitution durch Generika dürfte derzeit innerhalb des generischen Marktsegments liegen, denn hier findet an Stelle eines Preis- ein intensiver Rabattwettbewerb statt. Einsparpotenziale bestehen aber auch bei neuen Medikamenten, bei denen es sich zu einem relevanten Anteil um Analogpräparate handelt, die vielfach keinen höheren therapeutischen Nutzen als kostengünstigere Alternativen aufweisen. Eine Nutzen-Kosten-Bewertung im Rahmen einer ‚vierten Hürde' könnte vornehmlich für patentgeschützte Analogpräparate bzw. für Medikamente mit strittiger therapeutischer Wirksamkeit eine Erstattungsobergrenze innerhalb der GKV festlegen.

Die ‚vierte Hürde' zielt darauf ab, die therapeutische Wirksamkeit von Arzneimitteln im Vergleich zu ihren Alternativen zu bewerten und die jeweiligen Nutzendifferenzen bei der Erstattung in Ansatz zu bringen. Im ersten Teilschritt des vorgeschlagenen Verfahrens erfolgt die medizinisch-pharmakologische Bewertung des Nutzens im Vergleich zu therapeutischen (auch nicht medikamentösen) Alternativen. Es genügt zu analysieren, ob ein Arzneimittel im Vergleich mit der besten existierenden Alternative einen geringeren, den gleichen, einen geringfügig verbesserten, einen spürbar höheren oder einen erheblich höheren therapeutischen Nutzen aufweist. Im zweiten Teilschritt erfolgt die Festlegung der Erstattungsobergrenze durch die GKV. Entscheidungsprobleme bereiten diejenigen Medikamente, die einen signifikanten, jedoch nur geringfügigen zusätzlichen Nutzen erzeugen, der sich unter Umständen nur auf Teilbereiche ihres Indikationsspektrums erstreckt. In diesen Fällen bietet es sich an, die Erstattungsgrenze etwas oberhalb des bestehenden Festbetrags der benachbarten Gruppe zu setzen oder die Erstattungsfähigkeit des Medikaments über Arzneimittelrichtlinien indikationsspezifisch einzuschränken. Beide Teilschritte bedürfen – auch um relevante Unterschiede zwischen der *efficacy* und der *effectiveness* herauszuarbeiten – einer begleitenden Versorgungsforschung. Gegebenenfalls bietet sich eine zeitlich limitierte Zulassung für die Verordnungsfähigkeit im Rahmen der GKV an. Nutzen-Kosten-Analysen sollten durch eine unabhängige Institution initiiert und erstellt werden und auch auf bereits im Markt befindliche Arzneimittel ausgeweitet werden, um ein Äquivalent zu der in der Vergangenheit politisch immer wieder gescheiterten Positivlistenregelung zu schaffen.

35. Stabile Rahmenbedingungen und dauerhafte, transparente und eindeutige Kriterien bei der Entscheidung über die Erstattungsfähigkeit und -höhe eines Präparates bilden eine notwendige Voraussetzung für erfolgreich forschende pharmazeutische Unternehmen in Deutschland. Ihrer Förderung dient auch die zeitliche Straffung von Zulassungsverfahren. Die Forschungsaktivitäten zur Entwicklung von Medikamenten gegen seltene Leiden sollten durch angemessene Anreize erhöht werden. Dies gilt auch für Arzneimittel für alte Menschen und Kinder sowie für geschlechtsspezifische klinische Studien.

36. Vertragsverhandlungen zwischen Herstellern und Kassen können vor allem im Festbetragssegment den derzeitigen Rabatt- durch einen Preiswettbewerb ablösen. Der Spielraum der Hersteller bei der Preisfestsetzung kommt dann nicht mehr wie bisher den Apotheken, sondern den Kassen und damit letztlich den Beitragszahlern zu Gute. Insbesondere im Rahmen integrierter Versorgung und bei *Disease-Management*-Programmen können die Ergebnisse solcher Verhandlungen im Sinne einer dezentralen Lösung als Wettbewerbsparameter einzelner Kassen dienen. Als Ergänzung können auch Verhandlun-

gen zwischen Apotheken oder Apothekengruppen und Kassen bzw. zwischen Apotheken oder Apothekenverbünden und Herstellern hinzutreten.

Statt einer Zuzahlungsuntergrenze von 5 € sollte der Patient 10 % des Abgabepreises eines Medikaments tragen, um die Abgabe preisgünstiger Präparate und kleiner Packungsgrößen zu fördern. Eine entsprechende Anpassung der Zuzahlungsobergrenze kann Aufkommensneutralität gewährleisten. Die (sozio)ökonomischen und qualitätsrelevanten Auswirkungen des Ausschlusses nicht verschreibungspflichtiger Medikamente aus der Verordnungsfähigkeit sowie daraus resultierende Substitutionseffekte bei einzelnen Indikationen bedürfen einer sorgfältigen Untersuchung. Interessenunabhängiger, qualitätsgesicherter, einfach zugänglicher und verständlicher Verbraucherinformation kommt in diesem Zusammenhang große Bedeutung zu.

37. Der rechtliche Rahmen für Werbeaktivitäten der pharmazeutischen Industrie sollte sicherstellen, dass Ärzte und Patienten möglichst objektive Information erhalten. Gute Gründe sprechen auch weiterhin für Zurückhaltung bei der Liberalisierung von direkter Konsumentenwerbung, insbesondere bei verschreibungspflichtigen Präparaten. Um die Transparenz in der Arzneimittelforschung zu erhöhen, sollten finanzielle Verflechtungen bei der Durchführung von Studien offen gelegt sowie vorhandene Studienregister partiell geöffnet werden. Der Erfolg des *‚face-to-face'*-Marketing der Arzneimittelindustrie kann als Beispiel dienen, mit ähnlichen, nun aber herstellerunabhängigen Strategien eine qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung zu erzielen. So könnte neben anderen Strategien, wie z. B. der Teilnahme an pharmakologischen Zirkeln, eine Ausweitung des Beratungsrechts der Kassen über Fragen der Wirtschaftlichkeit hinaus den Rahmen für eine herstellerunabhängige Beratung schaffen, um der Dominanz der pharmazeutischen Industrie in den Arztpraxen entgegenzuwirken und die Breite und Qualität des Informationsangebots an den Arzt zu verbessern.

2 Korporative Koordination und Wettbewerb im Gesundheitswesen

2.1 Die korporative Koordination auf dem Prüfstand

38. Der Korporativismus beruht auf Vereinbarungen, die Organisationen schließen, und stellt neben dem Markt- und Preismechanismus und der öffentlichen Planung bzw. der staatlich-administrativen Steuerung unter Allokationsaspekten ein ‚drittes Ordnungsprinzip' (Weippert, G. 1964; ähnlich Jöhr, W. A. 1949) dar. Diese teilweise hierarchischen Organisationen bündeln die Anliegen ihrer Mitglieder und vertreten deren Interessen dann gegenüber den Verhandlungspartnern durch Delegierte bzw. Funktionäre. Die entsprechenden Verhandlungsergebnisse können die Allokation der Ressourcen im Detail festlegen oder durch die Setzung von Rahmenbedingungen in bestimmte Bahnen lenken.

39. Die korporative Koordination spielte eine allokativ dominante Rolle in der vorindustriellen, mittelalterlichen Zunftwirtschaft (s. z. B. Ogilvie, S. 2004). Korporative Strukturen erlebten nach dem ersten Weltkrieg u. a. in Deutschland, Italien, Portugal und Spanien eine gewisse Renaissance (vgl. Kastendiek, H. 1984). Dabei trat die korporative Koordination als komplementäres Koordinationsinstrument zum Markt- und Preismechanismus hinzu. Verbände unterschiedlichster Art versuchen bis heute, Einfluss auf die Wirtschafts- und Sozialpolitik zu nehmen und damit die volkswirtschaftlichen Ressourcen in ihrem Sinne bzw. zu ihren Gunsten (um-)zulenken. Zahlreiche Autoren sehen in den vielfältigen Kooperationen zwischen staatlichen und wirtschaftlichen Gruppierungen sowie den Verflechtungen zwischen Parlamentariern und Verbandsvertretern eine der zentralen Ursachen für den von ihnen beklagten Reformstau (vgl. u. a. Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie 2000; Streit, M.E. 2004).

40. Wie in anderen Wirtschaftsbereichen gibt es auch im Gesundheitswesen zahlreiche Verbände, die gegenüber den politischen Entscheidungseinheiten ihre gruppenspezifischen Interessen und damit spezielle Allokationsentscheidungen durchzusetzen versuchen. Darüber hinaus beinhaltet das deutsche Gesundheitswesen – wie kein anderer Wirtschaftssektor – eine Fülle von ganz spezifischen korporativen Elementen, die im Rahmen der Gesundheitsversorgung allokative und distributive Wirkungen entfalten (s. Abschnitt 2.3.2). Die Gemeinsame Selbstverwaltung im Rahmen der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung kann sogar als ‚Paradebeispiel' (Gerlinger, T. 2002) einer korporativen Steuerung gelten. Die Leistungsanbieter und die Finanzierungsträger bzw. die einzelnen Krankenkassen schließen hier keine einzelwirtschaftlichen Verträge, sondern ihre Verbände führen Kollektivverhandlungen, deren Ergebnisse dann für ihre Mitglieder Verbindlichkeit besitzen. Die jüngsten Diskussionen um die Leistungsfähigkeit der korporativen Koordination entzündeten sich in Deutschland vornehmlich an den feststellbaren Fehlallokationen im Gesundheitswesen (vgl. Gutachten 2000/2001) und zuletzt insbesondere an den langwierigen und ergebnisarmen Kollektivverhandlungen im Rahmen der Gemeinsamen Selbstverwaltung. In diesem Kontext tauchten dann u. a. Zweifel hinsichtlich der Befugnisse und teilweise auch der Existenzberechtigung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) auf.

Die kritische Überprüfung korporativistischer Elemente beschränkt sich aber nicht auf die korporative Koordination, d. h. die kollektiven Vereinbarungen zwischen Organisationen, sondern bezieht auch die ‚innere Koordination' von berufsständischen Organisationen mit ein. Dies betrifft nicht nur wirtschaftsrechtliche Korporationen wie Industrie- und Handelskammern sowie Handwerkskammern, sondern auch die Kammern der freien Berufe. So untersucht z. B. die Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2004), inwieweit sich restriktive Regelungen bei den Verbänden freier Berufe, wie verbindliche Festpreise, Preisempfehlungen, Wettbewerbsbeschränkungen, Zugangsbeschränkungen und Regeln für die Unternehmensform, „nachteilig auf die Verbraucher" (S. 5) auswirken können. Der Bericht behandelt von den Leistungserbringern im Gesundheitswesen zwar nur die Apotheker, d. h. nicht die medizinischen Berufe, die Aussagen erlauben gleichwohl im Hinblick auf die Formen und Effekte von Wettbewerbsbeschränkungen eine tendenzielle Übertragung.

41. Da die korporative Koordination ein alternatives Allokationsverfahren zum Markt- und Preismechanismus sowie zur staatlich-administrativen Planung bildet, thematisieren die folgenden Ausführungen zunächst die jeweiligen Charakteristika dieser drei gesamtwirtschaftlichen Steuerungsinstrumente sowie ihr Verhältnis zueinander. Es folgt eine kursorische Darstellung des weiten Spektrums berufsständischer Organisationen sowie ein kurzer Überblick über Entwicklung und Stand korporativer Steuerungselemente im deutschen Gesundheitswesen. Bei der Beurteilung der korporativen Koordination stellt sich auch aus rechtlicher und politischer Sicht vorab die Frage, ob es sich bei den jeweiligen Organisationen um private Verbände handelt, die ihre Interessen gegenüber staatlichen Entscheidungseinheiten vertreten, oder um Körperschaften des öffentlichen Rechts, denen der Staat hoheitliche Rechte zur Erfüllung öffentlicher Aufgaben übertrug. Obgleich die korporative Koordination gewisse konstitutive Vor- und Nachteile aufweist und auch im Gesundheitswesen private Verbände agieren, legen ordnungspolitische Aspekte nahe, zwischen den allgemeinen Schwachstellen eines korporativen Verbändestaates und den Fehlallokationen im deutschen Gesundheitswesen zu unterscheiden.

Nach einer Analyse der Schwachstellen korporativer Koordination im deutschen Gesundheitswesen stellt sich in konkreter Hinsicht die Frage, ob, inwieweit und an welchen Stellen alternative Allokationsmechanismen bessere Ergebnisse versprechen. Neben einer Verlagerung der jeweiligen Entscheidungen auf die staatliche Ebene bieten sich hier dezentrale Wettbewerbsprozesse in Form von selektiven Vertragsverhandlungen an. Da der Wettbewerb unter Zielaspekten nur eine instrumentale Funktion besitzt, erhält die Forderung nach seiner Intensivierung nur über eine Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung ihre gesamtwirtschaftliche Berechtigung. Diese Zielaspekte bilden dann auch die Erfolgskriterien für Modelle dezentralen Wettbewerbs. Selektive Vertragsverhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern sehen sich mit den Normen des nationalen sowie europäischen Wettbewerbs- und Vergaberechts konfrontiert. In diesem Zusammenhang geht es u. a. um die Abgrenzung von wettbewerbsrelevanten Märkten und um die Effekte von horizontalen und vertikalen Zusammenschlüssen auf Nachfrager- und Anbieterseite.

Die Ausführungen in diesem Kapitel können nicht den Anspruch erheben, den Korporativismus als Allokationsinstrument hinsichtlich seiner Effizienz und Effektivität grundsätzlich zu analysieren und zu beurteilen. Die Überlegungen konzentrieren sich bei der Frage der komparativen Leistungsfähigkeit der korporativen Koordination vielmehr auf das deutsche Gesundheitswesen und hier vornehmlich auf den ambulanten Sektor mit seinen kollektiven Vertragsverhandlungen zwischen Krankenkassen und KVen. Bei der Frage, welche Rolle die korporative Koordination künftig im Gesundheitswesen spielen soll, gilt es auch zu berücksichtigen, dass zahlreiche gewachsene korporativistische Strukturen, d. h. Organisationen und Steuerungsformen, unbeschadet aller Kritik nur dann zur Disposition stehen, wenn konkurrierende Institutionen und Verfahren, wie z. B. selektive Verträge, die jeweiligen Funktionen besser erfüllen. Eine aussichtsreiche Alternative, die eine theoretische Fundierung besitzt und sich – auch aus internationaler Perspektive – auf empirische Evidenz stützen kann, erscheint noch nicht in Sicht (ähnlich Gerlinger, T. 2002). Es geht insofern primär um eine neue Gewichtung der konkurrierenden Allokationsmechanismen, d. h. um einen modifizierten *policy mix*.

2.2 Die korporative Koordination als alternativer Allokationsmechanismus

2.2.1 Die korporative Koordination als primäres und subsidiäres Steuerungsinstrument

42. Eine ordnungspolitische Besonderheit des deutschen Gesundheitswesens besteht neben der Bedeutung des in diesem Sektor produzierten Gutes darin, dass auf seinen einzelnen Teilmärkten unterschiedliche Koordinations- bzw. Allokationsmechanismen vorherrschen (vgl. Wille, E. 1999). Das Allokationsproblem wurzelt in der Knappheit der Ressourcen, die nicht ausreichen, um alle – aus isolierter Betrachtung durchaus nachvollziehbaren – Ansprüche und Wünsche der Bürger zu befriedigen.[1] Das Allokationsproblem besteht somit aus normativer Sicht in der zielorientierten Aufteilung knapper Ressourcen auf verschiedene Produktionsprozesse bzw. in der wohlfahrtsoptimalen Zuordnung begrenzter Mittel auf konkurrierende Wirtschaftspläne. Dabei dient im privaten Wirtschaftssektor der Markt- und Preismechanismus als Allokationsinstrument. Im öffentlichen Sektor erfolgt die Koordination zwischen den zahlreichen konkurrierenden Vorhaben auf der einen Seite und den knappen Mitteln auf der anderen mit Hilfe der öffentlichen Planung bzw. der staatlich-administrativen Steuerung. Bei Ausblendung des Einflusses, der von privaten Interessenverbänden auf wirtschafts- und sozialpolitische Entscheidungen ausgeht, erstreckt sich die korporative Koordination im Sinne von Vereinbarungen zwischen Verbänden bzw. Organisationen originär nur auf das Gesundheitswesen und hier insbesondere auf den Bereich der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie auf die Tarifvereinbarungen zwischen Gewerkschaften und Arbeitgebern.

Die korporative Koordination kann neben ihren zentralen Einsatzbereichen auch noch innerhalb der beiden anderen Allokationsmechanismen subsidiär zum Einsatz kommen, was auch vice versa gilt. So fallen z. B. im öffentlichen Sektor zahlreiche (Vor-)Entscheidungen über die Verwendung knapper Mittel im Zuge von kollektiven Vereinbarungen. Auch im privaten Sektor können Unternehmen quasi kollektive Vereinbarungen über Preise und Mengen treffen. Umgekehrt verwenden auch korporative Organisationen ähnlich wie private Entscheidungseinheiten beim Einsatz ihrer knappen Mittel das Instrument der Budgetplanung. Die Entscheidungen, die in einem Wirtschaftssektor insgesamt die Allokation bestimmen, beschränken sich insofern selten auf ein einziges gesamtwirtschaftliches Koordinationsinstrument. Die Zuordnung zu einem dieser drei Koordinationsinstrumente hängt davon ab, welcher Allokationsmechanismus bei konfligierenden Wirtschaftsplänen letztlich über die Verwendung der knappen Mittel entscheidet. Der private Sektor umfasst möglicherweise mehr Pläne als der öffentliche und auch zahlreiche Vereinbarungen, aber die endgültige Entscheidung über die Preise und Mengen der Güter trifft der Markt- und Preismechanismus. Unbeschadet aller vorausgehenden allokativ relevanten Vereinbarungen bestimmt erst die Budgetplanung mit der Feststellung des Haushalts in verbindlicher Weise die Allokation im öffentlichen Sektor.

43. Wie bereits angedeutet, alloziieren im deutschen Gesundheitswesen drei verschiedene gesamtwirtschaftliche Koordinationsinstrumente die knappen Ressourcen. Während im Rahmen der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung die korporative Koordination

[1] Jede Ressource, die in eine bestimmte Verwendung fließt, entfällt damit für eine andere, so dass der entgangene Nutzen der alternativen Verwendung die Opportunitätskosten eines bestimmten Vorhabens widerspiegelt. Ein Vorhaben ist somit unter Wohlfahrtsaspekten erst dann vorteilhaft, wenn sein (Brutto-)Nutzen mindestens den entsprechenden Opportunitätskosten entspricht.

und im stationären Sektor die staatliche Administration bzw. öffentliche Planung als zentrales Allokationsinstrument dienen, koordiniert bei den Arznei- und den meisten Hilfsmitteln sowie bei privaten Krankenversicherungsverträgen im wesentlichen der Markt- und Preismechanismus die knappen Ressourcen. Abgesehen von der Selbstmedikation erfüllen allerdings bei den Arznei- und Hilfsmitteln nur die Angebotsstrukturen bzw. -bedingungen, nicht aber die Verhältnisse auf der Nachfrageseite die Voraussetzungen einer funktionsfähigen, marktwirtschaftlichen Koordination. Da bei weitgehender Vollversicherung des Krankheitsrisikos die Patienten als Konsumenten nicht den Preis für die von der Krankenkasse finanzierten Güter und Dienste entrichten – bzw. auch im Falle einer Kostenerstattung nicht ökonomisch tragen –, sehen sie sich nicht gezwungen, ihre Zahlungsbereitschaft zu offenbaren. Auf der Nachfrageseite entfällt daher die Notwendigkeit, über die eigene Zahlungsbereitschaft den Nutzen der jeweiligen Gesundheitsgüter zu bewerten, so dass hier ein zentrales Element eines funktionsfähigen Wettbewerbs im Rahmen einer marktwirtschaftlichen Koordination fehlt.

Da somit an den Schnittstellen der Behandlungsarten ambulante Behandlung, stationäre Versorgung sowie Arznei-, Heil- und Hilfsmittel drei verschiedene Allokationsmecha-nismen aufeinander treffen, stellen sich hier u. a. Probleme der Wechselwirkungen zwischen diesen Mechanismen sowie die Frage nach der sektorübergreifenden Koordination. Diese Aufgabe sollte ursprünglich die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, d. h. die korporative Koordination, wahrnehmen. Die Konzertierte Aktion stellte ihre Arbeit nach mehreren überwiegend erfolglosen Jahren aber bereits seit Mitte der neunziger Jahre ein und das Gesundheitsmodernisierungsgesetz suspendierte sie nun auch in formal-rechtlicher Hinsicht. Das Problem, welches Allokationsinstrument im Konfliktfall auf sektorübergreifender Ebene koordiniert, bleibt damit weiterhin ungelöst. Die sektorübergreifende Allokation erfolgt bisher faktisch weitgehend in Form einer additiven Summation der teilweise budgetierten Ausgabenblöcke der einzelnen Behandlungsarten.

44. Wettbewerbsprozesse stellen zwar eine notwendige Bedingung für einen funktionsfähigen Markt- und Preismechanismus dar, dieser bildet aber vice versa keine Voraussetzung für die Existenz von Wettbewerb. Vielfältige Wettbewerbsprozesse laufen ebenfalls im Rahmen der beiden anderen Allokationsmechanismen, d. h. der staatlich-administrativen Steuerung und der korporativen Koordination, ab. So nutzte auch die Zentralverwaltungswirtschaft „Wettbewerbe zwischen den Betrieben … als Mittel der Leistungssteigerung, während die Lenkung des Wirtschaftsprozesses durch zentrale Planstellen erfolgt“ (Eucken, W. 1960, S. 249). Die Public Choice-Modelle bzw. die Ansätze im Rahmen der ökonomischen Theorie der Politik interpretieren den politischen Prozess und die mit ihm einhergehende budgetäre Willensbildung, die letztlich die Allokation im öffentlichen Sektor bestimmt, in seiner Grundstruktur bzw. in formaler Vereinfachung als einen Wettbewerb um Wählerstimmen zur Erlangung der Regierungsgewalt (vgl. Bernholz, P. u. Breyer, F. 1994).

In ähnlicher Weise beinhaltet auch die korporative Koordination im Gesundheitswesen, insbesondere im Rahmen der ambulanten Behandlung bzw. der gemeinsamen Selbstverwaltung, auf mehreren Stufen Wettbewerbsprozesse (vgl. Herder-Dorneich, P. 1986). Die Wahlen, die Steuerungs- und Kontrollfunktion innerhalb der gemeinsamen Selbstverwaltung besitzen, lassen sich zumindest im Prinzip als Wettbewerbsprozesse interpretieren. Der Wettbewerb um Mandate innerhalb der KVen kann über Reformen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) die Preisrelationen und über diese auch die Mengen innerhalb der ambulanten Versorgung beeinflussen. So hängt z. B. die Bewertungsrelation zwischen technischen und beratungsintensiven ärztlichen Leistungen u. a. davon ab, ob bei diesem Konkurrenzkampf um Mandate die Allgemeinärzte oder die Fach- bzw. Gebietsärzte die Mehrheit erringen. Darüber hinaus stehen die niedergelassenen Ärzte auch bei gegebenen Preisstrukturen in einem teilweise intensiven Wettbewerb um Patienten bzw. Scheine. Es geht an dieser Stelle noch nicht darum zu prüfen, ob und inwieweit diese Wettbewerbsprozesse, die im Rahmen der korporativen Koordination ablaufen, gesamtwirtschaftlichen Zielkriterien genügen. Als Zwischenfazit bleibt lediglich festzuhalten, dass sich Wettbewerbsprozesse nicht auf das Allokationsinstrument Markt- und Preismechanismus beschränken. Varianten der korporativen Koordination können damit auch unter Wettbewerbsaspekten zur Diskussion stehen und entsprechende Reformen nahe legen (s. Jasper, J. u. Sundmacher, T. 2005).

45. Eine umfassende korporative Wirtschaftsordnung, die den berufsständigen Organisationen weitgehend die Koordinierung der wirtschaftlichen Entscheidungen überlässt, steht – auch vor dem Hintergrund der historischen Erfahrungen (vgl. u. a. Eucken, W. 1960, Kastendiek, H. 1984 sowie Ogilvie, S. 2004) – derzeit weder faktisch noch aus normativer Sicht ernsthaft zur Diskussion. Vor dem Hintergrund der heutigen hochkomplexen arbeitsteiligen Wirtschaft mit ihren vielfältigen Interdependenzen scheidet eine Lösung der Allokationsprobleme alleine oder vornehmlich mit dem Koordinationsinstrument der Vereinbarung unter Zielaspekten aus. Ein solcher Versuch droht, entweder in einer reformunfähigen Zementierung überkommener Strukturen oder „in einem Chaos“ (Gruber, B. 1953, S. 117) zu enden. Andererseits konzedieren auch Kritiker dieses Koordinationsinstrumentes, dass „korporative Strategien und Strukturen zumindest für einen bestimmten Zeitraum und für bestimmte Problemkonstellationen adäquate Lösungsmöglichkeiten waren“ (Kastendiek, H. 1984, S. 110). Es gilt daher im Hinblick auf bestimmte Funktionen, Organisationen und Steuerungsformen ordnungspolitisch zu prüfen, ob und inwieweit die korporative Koordination und/oder korporativistische Elemente subsidiär im Gesundheitswesen zum Einsatz kommen sollen. Dabei kann eine zielorientierte Betrachtung in den einzelnen Teilbereichen des Gesundheitswesens durchaus einen unterschiedlichen

Einsatz und eine divergierende Intensität korporativistischer Elemente und Strukturen nahe legen.

2.2.2 Allgemeine Schwachstellen des Korporativismus

46. Bei den Organisationen, die mit öffentlichen Entscheidungseinheiten oder privaten Unternehmen und Verbänden Kollektivverhandlungen führen, handelt es sich z. B. auf der Angebotsseite um ständische Berufs- oder Arbeitnehmerinteressen und auf der Nachfrageseite um die Belange von Verbrauchern oder Mietern (vgl. Streit, M.E. 1991). Bei der 1966/67 eingerichteten ‚Konzertierten Aktion', die eine Abstimmung der Lohn-, Geld- und Finanzpolitik anstrebte, und dem ‚Bündnis für Arbeit' trafen Regierung, Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände zu Konsensgesprächen zusammen. Die ‚Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen' vereinigte nahezu alle an der Versorgung teilnehmenden und von ihr betroffenen Gruppierungen. Hinsichtlich ihrer Verbindlichkeit reicht das Spektrum solcher Kollektivverhandlungen von einer wechselseitigen Information bis zur Aushandlung konkreter Maßnahmen und Programme und damit u. U. auch der Festlegung von Mengen und Preisen. Die Regierung kann in diesem Kontext den Rahmen für die Kollektivverhandlungen setzen, d. h. die Rolle des Vermittlers übernehmen, aber auch als Verhandlungspartner auftreten (vgl. Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie 2000).

47. Walter Eucken (1960), der im Rahmen seines Kapitels über die „Wirtschaftspolitik der Mittelwege" die korporative Ordnung der Verbände empirisch und theoretisch analysierte, sah den Impuls zu ständischen Bestrebungen in dem „Wunsch nach Geborgenheit in einer Ordnung". Er warnte in diesem Kontext jedoch davor, „dass eine gewisse romantische Verklärung des Mittelalters eine gefährliche Rolle bei der Beurteilung der modernen Ordnungsprobleme spielt" (S. 148). Der Glaube an die „prästabilisierte Harmonie der Stände" verkennt zum einen „die Kämpfe der Stände untereinander" und zum anderen eine zentrale Schwäche bzw. Gefahr jedweder korporativen Koordination: „das soziale Problem der draußen Gebliebenen oder Ausgeschlossenen" (ebd.).[2] Sofern öffentliche Entscheidungseinheiten mit berufsständischen Arbeitnehmer- und/oder Arbeitgeberorganisationen in Kollektivverhandlungen treten und deren Partikularinteressen – aus welchen Gründen auch immer – nachgeben, erleiden sie einen Autonomieverlust.[3] Sie wecken damit zugleich bei anderen Interessengruppen das Verlangen, ähnliche Forderungen an die Wirtschafts- und Sozialpolitik zu stellen.[4] Der Versuch, sich mit bestimmten Interessenverbänden aus wahltaktischen Gründen zu arrangieren, beschädigt zudem auf Dauer die demokratische Grundordnung.

48. Bei einer Auflistung der Mängel des Korporativismus sollte eine vergleichende Analyse allerdings in Rechnung stellen, dass es im Hinblick auf die Ziele der Gesundheitsversorgung und die Komplexität gesundheitlicher Leistungserstellung keinen Allokationsmechanismus gibt, der die alternativen Koordinationsinstrumente in jeder Hinsicht übertrifft (vgl. Wille, E. 1990). „*The choice must be based on a case-by-case appraisal*" (Havemann, R.H. 1980, S. 154). Die bisherigen Erfahrungen mit der korporativen Koordination deuten aber auch unabhängig von speziellen Problemen im Gesundheitswesen auf folgende allgemeine, d. h. wirtschaftssektorenübergreifende Schwachstellen dieses Koordinationsinstrumentes hin (siehe auch Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie 2000):

- Wie bereits angedeutet, gehen die Vereinbarungen häufig zu Lasten Dritter, die wie z. B. Konsumenten, Arbeitslose, Patienten, Steuer- und Beitragszahler sowie künftige Generationen nicht an den Verhandlungen teilnehmen.
- Viele korporative Organisationen sehen durch den Strukturwandel, der auf technischen Fortschritt und/oder Globalisierungsprozesse zurückgeht, ihre Marktposition gefährdet. Sie besitzen daher nur ein geringes Interesse an Neuerungen, sondern eher an einer Zementierung bestehender Verhältnisse bzw. an einem Reformstau.
- Mit der Verteidigung des Status quo wahren die Korporationen auch ihren Besitzstand. Sie stimmen bestenfalls inkrementalen Veränderungen zu. Aus gesamtwirtschaftlicher Sicht führt dies zu Effizienzverlusten und häufig auch zu Einbußen bei Wachstum und Beschäftigung.
- Die im Vergleich zu früheren Jahrzehnten größere Unsicherheit konfrontiert Bürger und Gesellschaft mit der Aufgabe, sich dem Phänomen ‚Risiko' zu stellen. Die korporativen Organisation erwecken in diesem Kontext den Eindruck, dieses Risiko klein halten zu können. Die verzögerte und/oder zu geringe Anpassung an unausweichliche Veränderungen macht dann später um so schmerzlichere Einschnitte erforderlich.

---

[2] Er sah in der Existenz von Arbeitnehmer- und Arbeitgeberverbänden allerdings noch keine Tendenz in Richtung einer berufsständischen Ordnung. „Aus dem Vorhandensein von Arbeitnehmer- und Arbeitgeberverbänden kann aber die Forderung nach einer berufsständischen Organisation der gesamten Wirtschaft nicht abgeleitet werden. Es bestehen wichtige Unterschiede" (S. 149); siehe auch unten Abschnitt 2.3.1 Das Spektrum der Organisationen.

[3] Dabei geht es nicht selten um „ein politisches Tauschgeschäft: Renten und Privilegien werden getauscht gegen Unterstützung im Wettbewerb von Mehrheiten und um Wiederwahl" (Streit, M.E. 2004, S. 1).

[4] B. Gruber (1953) führt neben den Korporationen, denen zwischen den beiden Weltkriegen weitgehend „kollektivistisch-faschistische Gedankengänge" zugrunde lagen, und den gewerblich orientierten Berufgemeinschaften theoretisch noch eine dritte Variante berufgemeinschaftlicher Ordnung an, die ihren Ansatzpunkt in der christlichen Soziallehre nimmt. Danach stellen Berufsgemeinschaften gesellschaftliche Ordnungsorgane dar, „in denen die Rechte und Freiheiten der Einzelmenschen, wie auch ihre Pflichten der Gemeinschaft gegenüber ihren wesensmäßigen Ausgleich finden" (S. 15). Ähnlich Nawroth, E.G. 1962.

2.3 Akteure und Steuerungsformen des Korporativismus im Gesundheitswesen

2.3.1 Das Spektrum der Organisationen

49. Wie bereits angedeutet, hängen Art, juristische und politische Verbindlichkeit sowie ordnungspolitische Problematik von Kollektivverhandlungen in starkem Maße davon ab, welche Position die jeweiligen Organisationen als Träger der Wirtschafts- und Sozialpolitik einnehmen (siehe auch Lampert, H. u. Bossert, A. 2001). Unabhängig von Übergangs- bzw. Abgrenzungsproblemen lassen sich hier drei Gruppen von Organisationen unterscheiden:

1. Kammern und andere Körperschaften des öffentlichen Rechts, wie z. B. Kassenärztliche Vereinigungen sowie Krankenkassen, die mit staatlichem Auftrag hoheitliche Aufgaben wahrnehmen. Diese Korporationen, wie die Ärztekammern[5] und die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), verfolgen zwar einerseits berufsständische Interessen, unterstützen aber andererseits auch die staatliche Administration. Sie handeln mit gesetzlich geregelter Zuständigkeit und entlasten im Sinne des Subsidiaritätsprinzips die staatliche Bürokratie vor allem auf dem Gebiet der Qualitätssicherung. Diese Organisationen verfügen über eine Zwangsmitgliedschaft und finanzieren sich mit Hilfe von Zwangsbeiträgen ihrer Mitglieder.

2. Prinzipiell anders verhält es sich mit privaten Verbänden, denen der Gesetzgeber keinerlei hoheitliche Aufgaben zuweist. Sie verfolgen, wie z. B. der Hartmann-Bund, der Marburger Bund, der Freie Verband Deutscher Zahnärzte und die Verbände der pharmazeutischen Industrie berufsständische Interessen und versuchen, die öffentlichen Entscheidungseinheiten in ihrem Sinne zu beeinflussen, stellen aber keine originären Träger der Wirtschafts- und Sozialpolitik dar. Sie gleichen in dieser Hinsicht anderen Verbänden, wie z. B. dem Bund der Steuerzahler, dem Mieterschutzverein sowie dem Verband der Kriegsbeschädigten und Kriegshinterbliebenen. Diese Organisationen besitzen nur freiwillige Mitglieder und folglich auch keine Zwangseinnahmen. Als Verhandlungspartner können sie für ihre Mitglieder nur Absichtserklärungen abgeben, aber keine juristisch verbindlichen Zusagen machen.

3. Zwischen den mit hoheitlichen Befugnissen ausgestatteten Körperschaften des öffentlichen Rechts und den rein privaten Verbänden bzw. Interessengruppen nehmen einige Korporationen eine Mittelstellung ein. Hierzu gehören insbesondere die so genannten Sozialpartner, d. h. die Gewerkschaften und die Arbeitgebervereinigungen. Sie bilden zwar Organisationen des privaten Rechts, die keine Zwangsmitgliedschaft beanspruchen können, üben aber im Bereich der Tarifpolitik und in ihrer Mitwirkung bei der Bildung öffentlich-rechtlicher Organe, wie der Arbeitsgerichte, der Schlichtungsausschüsse und der Sozialversicherungsträger, öffentlich-rechtliche Funktionen aus. Unter diese mittlere Gruppe lassen sich im Hinblick auf die Allokation im Gesundheitswesen neben der Bundesärztekammer und der Bundeszahnärztekammer die Bundesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft subsumieren, denn das SGB V überträgt ihnen u. a. im Gemeinsamen Bundesausschuss (§ 91) und bei der Qualitätssicherung (§§ 135ff.) allokativ u. U. relevante Mitwirkungsrechte.[6]

50. Von diesen Organisationen kommt im Hinblick auf die korporative Koordination auf der Anbieterseite den KVen bzw. KZVen, den Ärzte- und Zahnärztekammern sowie, obwohl sie keine Körperschaften des öffentlichen Rechtes darstellen, den Krankenhausgesellschaften die größte Bedeutung zu.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen entstanden Anfang der dreißiger Jahre des vergangenen Jahrhunderts als öffentlich-rechtliche Zwangsorganisationen der Kassenärzte. Sie bildeten eine „ökonomische Gegenmacht" der Ärzte zu den damaligen Großkassen (Herder-Dorneich, Ph. 1994, S. 734). Die damit einsetzenden kollektivvertraglichen Rechtsbeziehungen lösten das vorausgegangene Einzelvertragssystem ab, das seit Beginn der GKV die Rechtsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und den niedergelassenen Ärzten regelte. Gegenüber den machtvollen Großkassen nutzten die Ärzte seinerzeit eine Vielzahl von Kampfmitteln, u. a. auch den Streik. Die KVen besitzen heute als Träger mittelbarer Staatsverwaltung einen gesetzlichen Sicherstellungs-, Gewährleistungs- und Überwachungsauftrag mit Disziplinarbefugnis. Der besondere Sicherstellungsauftrag[7] des § 75 SGB V verpflichtet sie, die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen und gegenüber den Krankenkassen und ihren Verbänden zu gewährleisten, „dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht". Zudem weist ihnen § 75 Abs. 2 SGB V die Aufgabe zu, die Erfüllung der Pflichten zu überwachen, die den Vertragsärzten obliegen, und diese notfalls zur Erfüllung dieser Pflichten anzuhalten. In berufsständischer Hinsicht nehmen die KVen die Rechte der Vertragsärzte gegenüber den Krankenkassen wahr. Im Unterschied zu anderen berufsständischen Organisationen oder Gewerkschaften dürfen sie zur Durchsetzung der wirtschaftlichen Interessen ihrer Mitglieder keine Arbeitskämpfe durchführen.

Die Ärzte- bzw. Zahnärztekammern gehören, wie z. B. die Anwalts-, Notar- und Wirtschaftsprüferkammern, zu den Kammern der Freien Berufe. Im Unterschied zur

[5] Die Bundesärzte- und die Bundeszahnärztekammer stellen keine Körperschaften des öffentlichen Rechts, sondern Arbeitsgemeinschaften der jeweiligen Landeskammern dar.

[6] Daneben bezieht das SGB V in speziellen Fällen auch noch zahlreiche weitere Organisationen, wie z. B. die Spitzenorganisation der Apotheker (§ 129), Bundesverbände der Krankenhausträger (§ 137c), den Verband der privaten Krankenversicherung und Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe (§ 137) in die Gestaltung der Gesundheitsversorgung bzw. ihrer Rahmenbedingungen ein.

[7] Der allgemeine Sicherstellungsauftrag obliegt gemäß § 72 Abs. 1 SGB V den KVen bzw. Ärzten und den Krankenkassen (vgl. Möschel, W. 2002).

wirtschaftlichen Selbstverwaltung von Handwerks-, Industrie- und Landwirtschaftskammern agieren sie als berufsständische Selbstverwaltung. Ähnlich wie die KVen nehmen die Ärzte- und Zahnärztekammern sowohl eigene Aufgaben und Interessen ihres Standes als auch wie eine dem Gemeinwohl verpflichtete Institution öffentliche Funktionen wahr. Die Ärztekammern umfassen allerdings im Unterschied zu den KVen, die nur die ambulanten Vertragsärzte vertreten, alle Ärzte als Zwangsmitglieder. Die Kompetenzverteilung innerhalb der Organisationen des Gesundheitswesens weist ihnen schwergewichtig die folgenden drei Aufgabenblöcke zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung zu:

- als Berufsaufsicht die Überwachung und Durchsetzung von vorgegebenen Qualitätsstandards,
- die allgemeine Förderung beruflicher Belange des Berufsstandes sowie Fort- und Weiterbildung und
- die Vertretung der Interessen der Berufsangehörigen.

Die Landeskrankenhausgesellschaften bilden einen Zusammenschluss von Trägern im jeweiligen Land zugelassener Krankenhäuser. Sie sind in der Deutschen Krankenhausgesellschaft zusammengeschlossen. Den Krankenhausgesellschaften können gemäß § 108a SGB V auch Bundes- oder Landesverbände der Krankenhausträger angehören. Der Versorgungsvertrag kommt zwar durch Einigung zwischen dem Krankenhausträger und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen zu Stande, die Landeskrankenhausgesellschaft oder die Vereinigungen der Krankenhausträger im Land schließen aber nach § 112 SGB V mit den (Landes-)Verbänden der Krankenkassen zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über die Krankenhausbehandlung ab. Die Landeskrankenhausgesellschaften oder die Vereinigungen der Krankenhausträger im Land bilden auch zusammen mit den (Landes-)Verbänden der Krankenkassen für jedes Land eine Schiedsstelle. Ferner vereinbart die Deutsche Krankenhausgesellschaft mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung bei den Fallpauschalen und Sonderentgelten die Entgeltkataloge und deren Weiterentwicklung. Diese Entgeltkataloge besitzen für alle Träger von Krankenhäusern, die einer Landeskrankenhausgesellschaft angehören, unmittelbare Verbindlichkeit (§ 17 Abs. 2a KHG). Schließlich beteiligt § 17b Abs. 2 und 3 KHG die Deutsche Krankenhausgesellschaft an den Vereinbarungen über die Grundstrukturen des pauschalierten Entgeltsystems bzw. der Diagnosis Related Groups (DRG).

2.3.2 Entwicklung und Stand korporativer Steuerungselemente

51. Die Entwicklung korporativer Steuerungselemente folgte in den letzten 30 Jahren keinem erkennbaren Trend. Es lösten sich nicht nur Phasen einer Stärkung und Schwächung bzw. Substitution korporativer Steuerung ab, sondern teilweise fand auch gleichzeitig ein Aus- und Abbau korporativer Elemente statt (siehe hierzu vor allem Gerlinger, T. 2002). Während die korporative Steuerung derzeit auf Skepsis stößt, stand noch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz (2. GKV-NOG) von 1997 unter der Devise „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“ und räumte ihr „neue Gestaltungsmöglichkeiten im Leistungsbereich sowie bei der Vertragsgestaltung“ ein (Fraktionen der CDU/CSU und FDP 1996, S. II). Aufgrund der positiven Erfahrungen mit der fiskalischen Steuerung im ambulanten Bereich wurde im Vorfeld dieses Gesetzes sogar eine Verkörperschaftung der Krankenhausgesellschaften erwogen, zumindest ernsthaft diskutiert.

52. Während in den Anfängen der GKV noch die Möglichkeit existierte, die gesetzlichen Regelleistungen in nennenswertem Umfang durch satzungsmäßige Mehrleistungen der Höhe und/oder der Dauer nach zu erweitern, nahmen diese kassenspezifischen Satzungsleistungen bis Mitte der siebziger Jahre deutlich ab (vgl. Falk, W. 2004). In Richtung einer Vereinheitlichung wirkten auch die 1977 einsetzenden Kostendämpfungsmaßnahmen, insoweit sie die Aufgaben der Krankenkassen verstärkt von den einzelnen Krankenkassen auf die Landes- und von dieser auf die Bundesebene verlagerten und die Krankenkassen vermehrt zu gemeinsamen und einheitlichen Vertragsverhandlungen mit den KVen verpflichteten. Die Erweiterung der Kompetenzen des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (vgl. Urban, H.-J. 2001) führte ebenfalls zu einer Intensivierung zentralisierter korporativer Steuerung. Obwohl vermutlich nicht beabsichtigt, stärkten die Disease Management- bzw. strukturierten Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten (§ 137f SGB V) durch ihre Anbindung an den Risikostrukturausgleich insofern die Position der KVen, als die Krankenkassen eine möglichst flächendeckende Einschreibung der Patienten am besten mit den KVen realisieren konnten.

Den stärksten Zuwachs an korporativen Steuerungselementen verzeichnete jedoch der stationäre Sektor. Schon seit den siebziger Jahren fand eine deutliche Aufwertung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und insbesondere der Landeskrankenhausgesellschaften statt, die mit den Krankenkassenverbänden für ihre Mitglieder verbindliche Vereinbarungen treffen konnten. Diese korporativen Tendenzen gipfelten dann im GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 in der Schaffung eines „Ausschusses Krankenhaus“ (§ 137c SGB V). Obgleich die DKG keine Körperschaft des öffentlichen Rechts darstellt, übernahm der Ausschuss Krankenhaus im stationären Sektor vergleichbare Aufgaben, wie sie der Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen im Rahmen der ambulanten Behandlung wahrnahm.

53. Gegenüber diesen Tendenzen in Richtung einer zentralisierten korporativen Steuerung nahmen sich die gesetzlichen Maßnahmen, die auf dezentrale Wettbewerbsprozesse zielten, vergleichsweise bescheiden aus. Das Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 erweiterte und intensivierte zwar den Wettbewerb der Krankenkassen, der sich jedoch mangels wettbewerblicher Instrumente auf der Leistungsseite weitgehend auf die kassenspezifischen Beitragssätze beschränkte. Nennenswerte Ansätze zur Abkehr von der korporativen Steuerung bildeten lediglich

die mit dem 2. GKV-NOG eingeführten Modellvorhaben (§§ 63ff. SGB V) und Strukturverträge (§ 73a SGB V) sowie die integrierten Versorgungsformen (§ 140a–h) des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000. Die Modellvorhaben und die integrierten Versorgungsformen erlaubten auch einzelnen Krankenkassen, Verträge mit den KVen oder mit Gemeinschaften zugelassener Ärzte und Zahnärzte zu schließen.[8] Damit existierte schon vor dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2004 ein Nebeneinander von zentralisierter korporativer und dezentraler wettbewerblicher Steuerung, wobei die korporativen Elemente allerdings bei Weitem überwogen. Während sich die Literatur intensiv mit wettbewerblichen Prozessen im Gesundheitswesen und insbesondere in der GKV beschäftigte (siehe u. a. Gitter, W. u. Oberender, P. 1987; Jacobs, K. u. Reschke, P. 1992; Löwisch, M. 1999; Knappe, E. 1999; Wille, E. 1999), fand dies in der Realität nur einen vergleichsweise geringen Niederschlag.

54. Das GKV-Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2004 lockerte die zentralisierten korporativen Strukturen in vielerlei Hinsicht auf, indem es u. a.

- den Krankenkassen mehrere Satzungsoptionen einräumt, z. B. bei Erweiterung der Kostenerstattung, Selbstbehalten, Beitragsrückzahlungen, Boni für gesundheitsbewusstes Verhalten, Kooperationsverträgen mit privaten Krankenversicherungen (vgl. Falk, W. 2003),
- die integrierte Versorgung neu regelt, sie u. a. auf eine einzelvertragliche Grundlage stellt und ihre Anreize verstärkt (§ 140a–d SGB V),
- medizinische Versorgungszentren mit angestellten oder Vertragsärzten zur vertragsärztlichen Versorgung zulässt (§ 95 Abs. 1 SGB V),
- den Krankenhäusern Verträge über die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen sowie die Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen mit den Krankenkassen ermöglicht und
- im Rahmen der Gesamtverträge die Möglichkeit einer Vereinbarung von besonderen Versorgungsaufträgen mit bestimmten qualitativen oder organisatorischen Anforderungen an die Vertragsärzte vorsieht (§ 73c Abs. 1 SGB V).

Diesen wettbewerblich dezentralen Elementen steht andererseits mit dem neu geschaffenen Gemeinsamen Bundesausschuss (§ 91 SGB V) eine zentrale korporative ‚Super-Organisation' gegenüber. Dieser Gemeinsame Bundesausschuss (GBA), der die bisherigen Bundesausschüsse der Ärzte bzw. Zahnärzte und Krankenkassen, den Ausschuss Krankenhaus sowie den Koordinierungsausschuss ablöst, verfügt wie keine der bisherigen korporativen Organisationen über eine Fülle von Regelungskompetenzen. Den rechtsfähigen GBA, der mit den Zuschlägen zu den ambulanten und stationären Vergütungen eigene Finanzierungsquellen besitzt, bilden die Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie die Spitzenverbände der Krankenkassen. Neben einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern gehören ihm jeweils neun Vertreter der Leistungserbringer und der Krankenkassen an. Zudem erhalten neun Vertreter der Patientenorganisationen ein Mitberatungs- und Antragsrecht, sie bleiben aber ohne Stimmrecht. Die Ärzte- bzw. Zahnärztekammern und die Hersteller von Arznei- und Hilfsmitteln sowie von medizinisch-technischen Geräten besitzen keine Mitgliedschaft im GBA. Der GBA vereinigt zunächst die Kompetenzen der vier bisherigen Ausschüsse, die in ihm aufgingen. Darüber hinaus übertrug der Gesetzgeber ihm noch einige weitere Aufgaben, wie z. B. (vgl. Jung, K. 2004):

- den Erlass einer Verfahrensordnung, insbesondere zur Regelung der methodischen Anforderungen an die wissenschaftliche sektorübergreifende Bewertung des Nutzens, der Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit von Maßnahmen,
- den Beschluss über die eigene Geschäftsordnung, u. a. zur Vorbereitung der Richtlinienbeschlüsse durch Einsetzung von Unterausschüssen,
- die Abgabe evidenzbasierter Patienteninformationen zur Diagnostik und Therapie von Krankheiten mit erheblicher epidemiologischer Bedeutung,
- die Gründung eines fachlich unabhängigen, wissenschaftlichen Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen,
- die Erteilung von Aufträgen an dieses Institut sowie
- die Regelung der Ausnahmen bei den nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln für Erwachsene, d. h. die Festlegung der vom Vertragsarzt verordnungsfähigen Medikamente.

Insgesamt gesehen besitzt der GBA damit die Kompetenz, über die Formulierung von Qualitätskriterien den Leistungskatalog der GKV zu fixieren und fortzuschreiben. Er bildet damit das für die Allokation im Gesundheitswesen relevanteste Entscheidungsorgan. Dezentrale Differenzierungen können nur in dem Rahmen erfolgen, den der GBA absteckt.

2.3.3 Fehlallokationen im deutschen Gesundheitswesen

55. Die allgemeinen Schwachstellen korporativer Koordination (s. o. Abschnitt 2.2.2) beeinflussen zwar nicht in jedem konkreten Fall, wohl aber tendenziell auch die Allokation im Gesundheitswesen. Dabei spielt die korporative Koordination im Gesundheitswesen eine allokativ noch bedeutsamere Rolle als bei der ‚Konzertierten Aktion', dem ‚Bündnis für Arbeit' oder den Tarifverhandlungen zwischen Gewerkschaften und Arbeitgeberverbänden. Zunächst handelt es sich bei diesen Korporationen, wie erwähnt, nicht um Körperschaften des öffentlichen Rechts, sondern um private Organisationen

[8] Bei den Strukturverträgen können dagegen nur KVen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen Versorgungs- und Vergütungsstrukturen vereinbaren.

ohne Zwangscharakter und -einnahmen. Zudem vermögen sie für die jeweilige Allokation nur unverbindliche Vorgaben oder verpflichtende Vereinbarungen auf Mesoebene und nicht im Detail abzugeben.[9] Im Gegensatz dazu bestimmen korporative Organisationen in weiten Bereichen des Gesundheitswesens mit hoheitlichem Auftrag die Allokation im Detail. Die korporative Koordination konnte sich dabei auf eine Rahmenordnung stützen, die in starrer Abschottung die einzelnen Bereiche der Gesundheitsversorgung segmentiert.

56. Die korporative Koordination behindert vor allem durch die folgenden Inflexibilitäten effizienz- und effektivitätssteigernde Prozesse und Innovationen im Gesundheitswesen:

– Die Krankenkassen verfügen im Leistungs- und Vertragsbereich nur über ein sehr begrenztes Spektrum von Gestaltungsmöglichkeiten, was zu einer hohen Gewichtung von Beitragssatzunterschieden führt, starke Anreize zur Risikoselektion setzt und den Übergang von der allgemeinen parafiskalischen Leistungsverwaltung zum kassenspezifischen zielorientierten Gesundheitsmanagement behindert. Die Rahmenordnung zwingt die Krankenkassen überwiegend zu „gemeinsamem und einheitlichem“[10] oder zumindest kassenartengleichem Handeln, statt dezentral operierenden Krankenkassen mehr autonome Gestaltungsmöglichkeiten einzuräumen (ähnlich Steinmeyer, H.D. 2003, S. 9). So vereinbaren die Krankenkassen nahezu die Hälfte aller Ausgaben ‚gemeinsam und einheitlich‘, fast 30 % durch kassenartenspezifische Verbandsverträge und besitzen, sieht man von den Verwaltungskosten ab, nur bei knapp 8 % ihrer Ausgaben die Option eines eigenen Kassenvertrages. Die unterschiedlichen Interessen der einzelnen Krankenkassen und/oder Krankenkassenarten erschweren auch die Verhandlungen über bzw. die Einigung auf einen gemeinsamen, solidarisch finanzierten Leistungskatalog.

– Auf der Anbieterseite stehen den Krankenkassen im ambulanten Bereich mit Ausnahme der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V sowie – seit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz – der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V die KVen gegenüber. Diese schließen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen Gesamtverträge, so dass die einzelnen niedergelassenen Ärzte lediglich als Mengen- oder Qualitätsanpasser fungieren. Bei vorgegebenen Budgets sinkt bei steigender Menge der Punktwert der ärztlichen Leistungen, was vielfach einen circulus vitiosus in Richtung Über- und Fehlversorgung auslöst.

– Die KVen bilden im unternehmerischen Sinne keine Monopole, denn sie streben als Korporation nicht nach Gewinn. Zudem können sie nicht autonom die Preise ärztlicher Leistungen bestimmen, sondern müssen diese auf der Basis des EBM mit den Krankenkassen aushandeln (ähnlich Tesic, D. 2004). Unbeschadet der (zunehmenden) Interessengegensätze und Meinungsverschiedenheiten innerhalb der KVen stellen sie nach außen monolithische Entscheidungseinheiten dar, die kein Interesse an einer differenzierenden Behandlung ihrer Mitglieder, etwa hinsichtlich deren Leistungsqualität, besitzen. Da die Vorstände der KVen von den Mitgliedern gewählt werden, liegt es nahe, dass sie ihre Politik an den Wünschen der Mehrheit und nicht an denen einer innovativen Minderheit ausrichten. Die KVen neigen insofern zu einer Politik des Interessenausgleichs ihrer Mitglieder.[11] Soweit die KVen bzw. die KBV mit den Krankenkassen kassenartenübergreifend und gemeinsam verhandeln, entsprechen diese Vereinbarungen unabhängig von den jeweiligen Charakteristika der Entscheidungsträger in ihrer Struktur Verhandlungsprozessen im bilateralen Monopol. Es besteht dann auch die Gefahr, dass die jeweiligen Verträge zu Lasten Dritter, z. B. der Patienten oder spezieller Leistungserbringer, gehen.

– Die Krankenhäuser vereinbaren ihren Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen auf Landesebene kassenartenübergreifend und gemeinsam. Infolge der dualen Krankenhausfinanzierung können die Krankenhäuser über die notwendigen Investitionen nicht nach eigenen Prioritäten entscheiden. Die Investitionsfinanzierung orientiert sich daher zu stark an landespolitischen und zu wenig an betriebswirtschaftlichen Aspekten. Zudem führt die duale Finanzierung zu Wettbewerbsverzerrungen zwischen öffentlich-rechtlichen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhausträgern,[12] wobei die ungleiche Finanzierung der Länder diese Verzerrungen noch verstärkt. Der starre BAT-Tarif schränkt Möglichkeiten zur leistungsgerechten Entlohnung ein.

– Die Arzneimitteldistribution erfolgt mit dem Fremdbesitzverbot und dem sehr eingeschränkten Mehrbesitz immer noch in zunftähnlichen Vertriebsstrukturen (vgl. Gutachten 2000/2001, Addendum; Kapitel 8).

– Die Fähigkeit der korporativen Organisationen, über Vereinbarungen im Rahmen der Gemeinsamen Selbstverwaltung tragfähige Kompromisse zu erzielen, nahm in den letzten Jahren spürbar ab. Sie wälzten in der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung die allokationsrelevanten Entscheidungen zuneh-

[9] Abgesehen davon, dass niemand einer Gewerkschaft oder einem Arbeitgeberverband beitreten muss, steht es z. B. jedem Unternehmen frei, seine Beschäftigten übertariflich zu entlohnen.

[10] Im Grund handelt es sich bei dem Konstrukt der ‚Gemeinsamen Selbstverwaltung‘ um einen Widerspruch in sich (vgl. Falk, W. 2004). Wen der Gesetzgeber zu einem gemeinsamen Handeln mit anderen Entscheidungseinheiten zwingt, die teilweise andere Strategien verfolgen, handelt nicht mehr autonom bzw. ‚selbst‘.

[11] Ähnliche Tendenzen lassen sich auch im stationären Sektor in der DKG beobachten.

[12] So brachte die Asklepios Kliniken GmbH, wie zwei Jahre zuvor auch schon der französische private Kliniksektor, im Januar 2003 bei der EU-Kommission eine Beschwerde ein, die sich gegen den Ausgleich von Betriebsverlusten öffentlicher Krankenhäuser aus Steuermitteln ihrer Träger richtete. Asklepios sieht in diesen Beihilfen einen Verstoß gegen das europäische Wettbewerbsrecht (vgl. Europa-Kontakt e. V. 2004).

mend auf die Schiedsämter ab (vgl. auch Schönbach, K.-H. 2003). Für den stationären Sektor konnten sich die Selbstverwaltungspartner zuletzt ebenfalls nicht auf einen Fallpauschalen-Katalog, einen Zusatzentgelte-Katalog und die Abrechnungsregelungen einigen, so dass das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung eine Ersatzvornahme durchführte (vgl. Tuschen, K. H. 2003). Schließlich verschärften sich auch die Spannungen innerhalb der Korporationen. So trat die Bayerische Landeszahnärztekammer – wenn auch nicht zum ersten Mal – aus der Bundeszahnärztekammer aus, weil diese mit ihrer Einführung eines Punktsystems bei Fortbildungsangeboten den Intentionen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes folgte.

– Die medizinisch wie ökonomisch fragmentierten medizinischen Behandlungsarten setzen keine bzw. zu geringe Anreize für eine effektive und effiziente sektorenübergreifende Versorgung, die ambulante und stationäre Behandlung sowie Rehabilitation und Pflege umfasst. Die bisherigen Versuche, die sektorenübergreifende Koordination und Kooperation mit Hilfe von Strukturverträgen (§ 73a SGB V), Modellvorhaben (§§ 63ff. SGB V) und integrierten Versorgungsformen (§ 140a-h SGB V) nachhaltig zu verbessern, scheiterten trotz einer anfänglichen Fülle von zunächst viel versprechenden Projekten und Vorhaben an mangelnden finanziellen Anreizen und Planungsfehlern der Betreiber solcher Versorgungsnetze (siehe die Beiträge in Wille, E. u. Albring M. 2000 sowie in Preuß, K.-J. et al. 2002).

57. Vor dem Hintergrund dieser Schwachstellen der deutschen Gesundheitsversorgung überrascht es nicht, dass auch ein internationaler Vergleich der unterschiedlichen nationalen Gesundheitssysteme – unbeschadet aller Probleme der Indikatorenauswahl und ihrer Gewichtung (vgl. Almeida, C. et. al. 2001; Evans, D. B. 2002) – auf eine eher mittelmäßige Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens hindeutet (vgl. WHO 2000; Evans D. B. et al. 2001 sowie Mossialos, E. 1997): Das deutsche Gesundheitswesen bietet zwar im internationalen Vergleich für alle Bürger einen sehr weitgehenden Versicherungsschutz, ein nahezu flächendeckendes Angebot an Gesundheitsleistungen und einen hohen Versorgungsstandard. Zudem beinhaltet die GKV auch verglichen mit anderen sozialen Krankenversicherungen einen umfassenden Leistungskatalog mit einer guten Erreichbarkeit der Leistungen und konfrontiert die Patienten kaum mit schärferen Rationierungen, wie z. B. Warteschlangen. Diesem durchaus beachtlichen Niveau auf der Kapazitäts- und Leistungsseite steht jedoch ein weit überdurchschnittlicher Ressourceneinsatz gegenüber. So rangiert Deutschland innerhalb der OECD-Länder sowohl bei den Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben als auch bei der Gesundheitsquote, d. h. der Relation zwischen den gesamten nationalen Gesundheitsausgaben und dem entsprechenden Bruttoinlandsprodukt, jeweils hinter den USA und der Schweiz an vierter bzw. dritter Stelle (vgl. OECD 2004).

58. Die Bundesregierung versuchte in der vergangenen Legislaturperiode, die Effektivität und Effizienz des bestehenden Systems vornehmlich über eine Förderung von Prävention und Rehabilitation, eine Stärkung der Qualitätssicherung sowie einen Ausbau der integrierten Versorgung zu verbessern. Die möglichen Outcomeeffekte dieser Reformmaßnahmen entziehen sich derzeit noch einer empirischen Evaluation. Diese Maßnahmen vermochten jedoch bisher, wie die steigenden Beitragssätze belegen, weder Budgetdefizite der GKV noch das Steigen der Lohnnebenkosten zu verhindern.

Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz stärkt insbesondere die integrierte Versorgung nach § 140a–d SGB V, indem es bisherige formale Hindernisse und inhaltliche Fehlanreize beseitigt. Die Krankenkassen können gemäß § 140a Abs. 1 SGB V nun mit Leistungserbringern, z. B. mit Vertragsärzten oder deren Gemeinschaften, autonome Verträge „über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung oder eine interdisziplinär – fachübergreifende Versorgung“ schließen. Die integrierte Versorgung erfolgt nun auf einzelvertraglicher Grundlage und nicht mehr im Rahmen von Kollektivverträgen. Es bleibt abzuwarten, ob und inwieweit die Krankenkassen und die Leistungsanbieter von diesen Möglichkeiten Gebrauch machen.

2.4 Ziele und Rahmenbedingungen dezentraler Wettbewerbsprozesse

2.4.1 Ziele und Voraussetzungen eines funktionsfähigen Wettbewerbs

59. Um die Inflexibilitäten, die der korporativen Koordination quasi konstitutiv anhaften, aufzubrechen – zumindest aber abzumildern –, bietet sich neben der Verlagerung der Entscheidung auf die staatliche Ebene die Implementierung von Wettbewerbsprozessen in Form von selektiven Vertragsverhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern an. Dabei stellt der Wettbewerb auch im Gesundheitswesen keinen Selbstzweck dar, sondern dient instrumental vor allem folgenden Zielen bzw. Funktionen:

– Orientierung des Leistungsangebotes im Rahmen des objektiven Bedarfs an den Präferenzen der Versicherten,

– Erfüllung der Bedürfnisse und Wünsche der Patienten,

– effektive Zielerreichung durch Erhöhung der gesundheitlichen Outcomes,

– effiziente Leistungserstellung durch kostengünstige Produktion,

– Auslösung von dezentralen Suchprozessen für Produkt- und Prozessinnovationen,

– leistungsgerechte Vergütung der Produktionsfaktoren sowie

– Vorbeugung gegen monopolistischen Machtmissbrauch durch Krankenkassen und/ oder Leistungserbringer.

60. Mit der Freigabe der Krankenkassenwahl für die überwiegende Mehrheit der Versicherten in der GKV schuf das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) eine Grundlage und den Ausgangspunkt für eine Intensivierung des Wettbewerbs im deutschen Gesundheitswesen.[13] Wie Abbildung 1 veranschaulicht, konkurrieren im Versichertenbereich die Krankenkassen um Versicherte, während im Versorgungsbereich ein Anbieterwettbewerb zwischen den Leistungserbringern um Versorgungsverträge bzw. Patienten stattfindet. Daneben stehen den Leistungserbringern im Wettbewerbsfeld des ‚individuellen Marktes', d. h. im Bereich der Selbstmedikation, die Patienten als Vertragspartner gegenüber. Im Sinne von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung zielt der Wettbewerb der Krankenkassen darauf ab, auf den Anbieterwettbewerb der Leistungserbringer überzugreifen, denn dort findet die gesundheitliche Leistungserstellung statt (so auch Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2002). Die freie Wahl der Krankenkasse stellt für den Versicherten im Spannungsfeld von Autonomie und Abhängigkeit zwar einen „Wert an sich" dar (Jacobs, K. u. Reschke, P. 1992, S. 15ff.), eine Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung kann jedoch nur im Leistungsbereich stattfinden. Hier zielt der Anbieterwettbewerb darauf ab, die gesundheitliche Leistungserstellung kostengünstiger und/oder präferenzorientierter sowie qualitativ besser zu gestalten.

61. Der Wettbewerb der Krankenkassen um Versicherte und Patienten kann unter geeigneten Rahmenbedingungen bei den Leistungserbringern neben einer Steigerung der Effizienz auch die Suche nach effektiveren, d. h. auch versicherten- und patientengerechteren, Angeboten induzieren. Zur Erreichung dieser Ziele benötigen die Krankenkassen Handlungsmöglichkeiten bzw. spezifische Wettbewerbsparameter, zu denen insbesondere Gestaltungsmöglichkeiten im Bereich des Vertragsrechts, aber auch auf der Leistungsseite im Hinblick auf die Wahl bestimmter Versorgungsformen und -qualitäten gehören. Eine funktionsgerechte Intensivierung des Wettbewerbs auf der Ebene der Leistungserbringer beinhaltet im Rahmen eines flexiblen Vertragsrechts u. a. folgende Voraussetzungen:

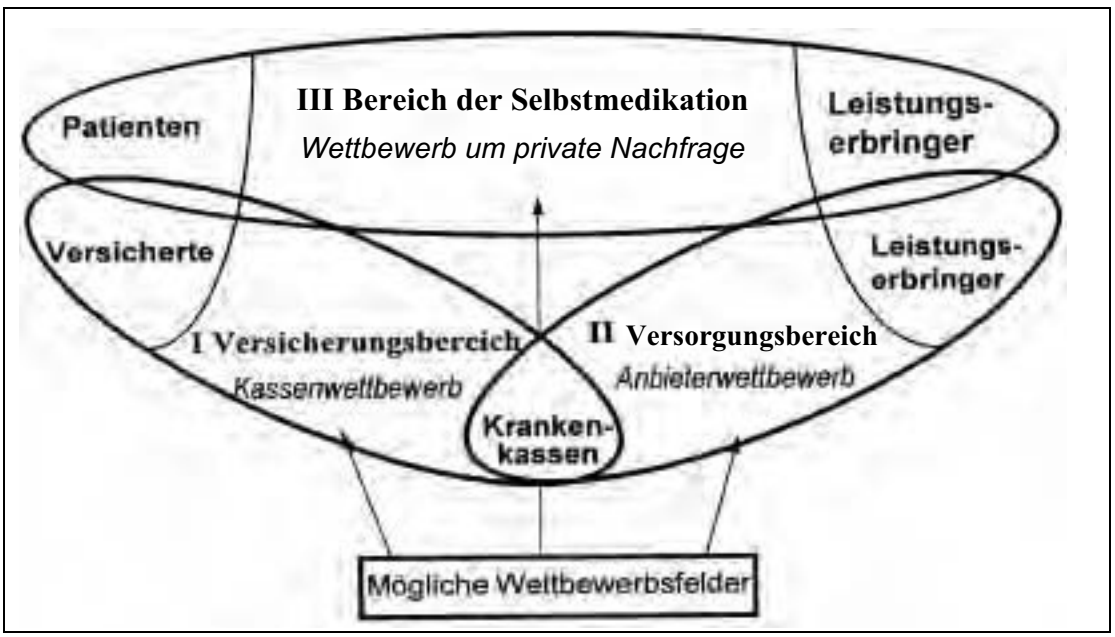
– Krankenkassen, auch unterschiedlicher Kassenarten, können sowohl miteinander fusionieren als auch gemeinsam gegenüber bestimmten Leistungserbringern als Nachfrager auftreten.

– Krankenkassen müssen grundsätzlich die Möglichkeit besitzen, mit Leistungsanbietern, die sie für besonders qualifiziert und/oder preisgünstig halten, selektive Verträge abzuschließen, die auch die Honorierungsform regeln.

[13] Ein Wettbewerb zwischen den Krankenkassen fand allerdings schon lange vor dem GSG statt. Diesen Wettbewerbsprozessen fehlte jedoch eine konzeptionelle Rahmenordnung und damit eine faire Ausgangsbasis. Der Wettbewerb vor dem GSG führte insofern zu „sozialpolitisch und rechtlich bedenklichen Beitragssatzunterschieden" (Knieps, F. 1996, S. 727).

Abbildung 1

Wettbewerbsfelder im Gesundheitswesen



Quelle: Wille, E. (1999)

- Eine staatliche Bedarfsplanung sollte nicht a priori, d. h. z. B. unabhängig von Qualitätsaspekten, zum Ausschluss von Leistungserbringern führen.

- Es darf zumindest mittelfristig, d. h. nach einer Übergangsphase, keine Wettbewerbsbeschränkungen geben, wie z. B. das Fremd- und Mehrbesitzverbot von Apotheken im Bereich der Arzneimitteldistribution.

- Effiziente und faire Wettbewerbsbedingungen im Krankenhaussektor setzen neben einer monistischen Finanzierung auch voraus, dass bestimmte öffentliche Träger allfällige Defizite nicht dauerhaft abdecken.

- Unabhängig vom notwendigen Schnittstellenmanagement im Rahmen der integrierten Versorgung erfordert ein funktionsfähiger Wettbewerb zwischen den Sektoren einheitliche Leistungsdefinitionen, gleichen (Mindest-)Qualitätsstandard und dieselbe Vergütung für eine homogene Leistung.

62. Unabhängig von allen Friktions- und Implementierungsproblemen[14] bilden die Diagnosis Related Groups (DRGs) ein gutes Beispiel für eine im Prinzip wettbewerbskonforme Vergütung. Die DRGs fördern als ein leistungsbezogenes Vergütungssystem grundsätzlich den Wettbewerb, indem sie die Krankenhäuser zu einer genaueren Kostenträgerrechnung sowie einer kritischen Überprüfung ihrer komparativen Vor- und Nachteile bei den einzelnen Versorgungsleistungen veranlassen. Dies führt zu einer erhöhten Transparenz im Leistungsgeschehen und, wie teilweise im Vorgriff auf das neue System bereits der Fall, zu Schließungen von nicht konkurrenzfähigen Abteilungen, Fusionen, Kooperationen und Kompetenzbündelungen. Diese Entwicklung, die vor allem die Effizienz, und trotz der Gefahr einer Patientenselektion und Leistungsminderung infolge einer höheren Spezialisierung auch die Effektivität der Krankenhausversorgung verbessern kann, lässt bei einer Zunahme der Fallzahlen eine spürbare Verringerung der durchschnittlichen Verweildauern erwarten. Eine weitere Wettbewerbsverschärfung tritt ein, wenn die Vergütungen nach DRGs nur Richtpreise und damit Gegenstand von dezentralen Preisverhandlungen sind. Eine Stärkung der Leistungsfähigkeit eröffnet den deutschen Krankenhäusern im internationalen Wettbewerb auch vermehrt Chancen, ausländische Patienten zu attrahieren. So sprach der Europäische Gerichtshof Patienten, die in ihrem Land keine Behandlung in einer vertretbaren Zeit und/oder auf einem international üblichen Niveau erhalten können, das Recht zu, auf Kosten ihrer nationalen sozialen Krankenversicherungen auch Krankenhäuser im Ausland aufzusuchen.

[14] Die Verringerung der stationären Verweildauern geht in vielen Fällen mit Leistungsverlagerungen in die ambulante Behandlung, die Rehabilitation und die Pflege einher. Die dort anfallenden Mehrbelastungen drohen die eigentlichen Aufgaben dieser Institutionen, wie z. B. eine stärker individuelle, zuwendungsorientierte Behandlung, teilweise zu verdrängen, zumindest einzuschränken. Um ein Absinken der Behandlungsqualität und unerwünschte Selektionsprozesse zu vermeiden, bedarf es hier begleitender Maßnahmen, die diese zu erwartenden Leistungsverschiebungen und die mit ihnen einhergehenden Belastungen abfedern.

2.4.2 Das Wettbewerbs- und Vergaberecht als Rahmenbedingung

63. Mit Ausnahme der spezifischen Regelungen, die ein selektives Kontrahieren erlauben, beruht im System der GKV die Berechtigung der Leistungserbringer zur Versorgung, insbesondere im vertragsärztlichen und im Krankenhausbereich, auf Zulassungsakten. Diese verleihen ihren Inhabern einen speziellen Status und sichern ihnen damit eine langfristige Teilnahme an der Versorgung aller Versicherten, so dass die einmal zugelassenen Leistungserbringer nicht um die Nachfrage der Krankenkassen, sondern nur noch um diejenige der Versicherten konkurrieren (vgl. Epsen, I. et al. 2003). Um die Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung mit Hilfe einer Intensivierung des Wettbewerbs zu verbessern, benötigen die Krankenkassen jedoch einen Handlungsspielraum bzw. Aktionsparameter, um bestimmte Formen der Leistungserbringung und -vergütung mit ausgewählten Leistungserbringern zu vereinbaren. Es kann dann ein Wettbewerb der Leistungserbringer um für sie günstige Verträge mit den Krankenkassen und ein Wettbewerb der Krankenkassen um effiziente und effektive Leistungserbringer stattfinden. Bei einem umfassenden selektiven Kontrahieren entsteht allerdings auf der Angebots- und Nachfrageseite die Gefahr einer Monopolisierung und des Missbrauchs von Marktmacht.

64. Der selektiven Vertragsgestaltung zwischen Anbietern und Nachfragern setzt mit dem Ziel eines fairen Wettbewerbs das deutsche und europäische Wettbewerbs- und Vergaberecht gewisse Grenzen. So verbietet z. B. das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (§§ 1ff. GWB) Kartelle und beschränkte Austauschverträge sowie Formen des Missbrauchs wirtschaftlicher Macht. Das Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb (UWG) untersagt unlautere Wettbewerbshandlungen, die mit den Interessen der Mitbewerber und/oder der Verbraucher konfligieren. Entsprechende Wettbewerbsregeln enthält der EG-Vertrag von Amsterdam. Art. 81 EG-Vertrag verbietet den Unternehmern „aufeinander abgestimmte Verhaltensweisen, welche den Handel zwischen Mitgliedstaaten zu beeinträchtigen geeignet sind und eine Verhinderung, Einschränkung oder Verfälschung des Wettbewerbs innerhalb des Gemeinsamen Marktes bezwecken oder bewirken“. Art. 82 EG-Vertrag untersagt „die missbräuchliche Ausnutzung einer beherrschenden Stellung auf dem Gemeinsamen Markt oder auf wesentlichen Teilen desselben“.

Das SGB V schließt in § 69 Abs. 1 die Geltung des deutschen Wettbewerbsrechts für die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern aus (siehe auch § 87 Abs. 1 GWB). Danach regelt das vierte Kapitel des SGB V die Rechtsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und ihren Verbänden sowie den Leistungserbringern und ihren Verbänden „abschließend“. Dies bedeutet aber nicht, dass das nationale Recht den Vertragspartnern bei selektiven Verträgen keinen Schutz bietet. Der hoheitliche Status der Krankenkassen bindet sie an den allgemeinen Gleichheitssatz nach Art. 3 Abs. 1 des Grundgesetzes (GG) und die Berufsfreiheit nach

Art. 12 Abs. 1 GG (vgl. Epsen, I. 2004). Indem das GG hier u. a. ein Willkürverbot bzw. ein Gebot verhältnismäßiger Gleichheit postuliert (vgl. Sachs, M. 2003), enthält es im Ergebnis ähnliche Missbrauchsvorschriften wie das nationale Kartellrecht.

Unbeschadet des Umstandes, dass § 69 Abs. 1 SGB V die Anwendung des nationalen Wettbewerbsrechtes für die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern ausschließt, gilt das europäische Wettbewerbsrecht nach Art. 81ff. EG-Vertrag, denn es steht als höherrangiges Recht über den entsprechenden Regelungen des SGB. Die Wettbewerbspolitik verlagert sich ohnehin generell zunehmend von der nationalen auf die europäische Ebene (vgl. Budzinski, O. u. Christiansen, A. 2005). Wegen des funktionalen Unternehmensbegriffs kann das europäische Wettbewerbsrecht im Prinzip auch für Krankenkassen, KVen oder Ärztekammern Relevanz besitzen, soweit diese am Geschäftsverkehr teilnehmen und auf der Marktgegenseite Wettbewerb herrscht. Die Unternehmenseigenschaft, die hier für die Anwendung des Wettbewerbsrechtes die Voraussetzung bildet, hängt nicht von der Rechtsform, dem verfolgten Zweck bzw. der Absicht einer Gewinnerzielung und auch nicht davon ab, ob die betreffende Institution ansonsten überwiegend als Hoheitsträger fungiert. Es geht deshalb darum zu prüfen, ob in den jeweiligen spezifischen Fällen die Krankenkassen oder ihre Verbände Unternehmen oder Unternehmensverbände im Sinne des funktionalen Unternehmensbegriffs darstellen und somit die Vorschriften des europäischen Wettbewerbsrechtes greifen.

In der grundlegenden Poucet/Pistre-Entscheidung vom 17. Februar 1993 verneinte der Europäische Gerichtshof (EuGH) die Unternehmenseigenschaft, sofern die betreffenden Einrichtungen „eine Aufgabe mit ausschließlich sozialem Charakter“ erfüllen, diese Tätigkeit auf dem „Grundsatz der nationalen Solidarität“ beruht und ohne Gewinnzweck ausgeübt wird (EuGH C-159/91 und C-160/91, Nr. 18). In dem Verfahren zu den Festbeträgen für Arznei- und Verbandmittel nach § 35 SGB V stufte der Generalanwalt die Krankenkassen als Unternehmen ein,[15] während der EuGH in seinem Urteil vom 16. März 2004 gegenteilig entschied. Der EuGH wies jedoch ausdrücklich auf den fallbezogenen Charakter seiner Entscheidung hin, indem er in seiner Begründung hinzufügte, dass die Krankenkassen auch Geschäftstätigkeiten ausüben können, die keinen sozialen, sondern einen wirtschaftlichen Zweck beinhalten. „In diesem Falle wären die von ihnen zu treffenden Entscheidungen möglicherweise als Beschlüsse von Unternehmen oder Unternehmensvereinigungen anzusehen“ (EuGH C-264/01, C-306/01, C-354/01 und C-355/01, Nr. 58). Es erscheint daher die Annahme gerechtfertigt, dass die Krankenkassen beim selektiven Kontrahieren im Rahmen eines Vertragswettbewerbs die Unternehmenseigenschaft aufweisen und insofern den Vorschriften des europäischen Wettbewerbsrechtes unterliegen (so auch Epsen, I. et al. 2003 sowie Epsen, I. 2004). Diese Feststellung läuft in keiner Weise auf eine Einschränkung der solidarischen Elemente im Rahmen der Beitragsgestaltung und der Leistungsgewährung in der GKV hinaus.

65. Ergänzend zum Kartell- bzw. Wettbewerbsrecht zielt das nationale und europäische Vergaberecht auf eine transparente, marktoffene und diskriminierungsfreie Vergabe von öffentlichen Aufträgen ab. Im Unterschied zum nationalen Kartellrecht herrscht hier keine Einigkeit darüber, ob § 69 Abs. 1 SGB V auch die vergaberechtlichen Vorschriften des GWB (§§ 97ff.) ausschließt.[16] Unstrittig gilt aber als supranationales Recht das in zahlreichen Richtlinien kodifizierte europäische Vergaberecht (vgl. Koenig, Ch. et al. 2003). Dieses verpflichtet den öffentlichen Auftraggeber bei Dienstleistungs- und Lieferaufträgen ab einem Schwellenwert von 200 000 zur öffentlichen Ausschreibung. Das europäische Vergaberecht findet somit im Bereich der GKV Anwendung, wenn

- die Krankenkassen öffentliche Auftraggeber darstellen und
- es sich um einen öffentlichen Auftrag handelt,
- der den Schwellenwert erreicht.

Die Krankenkassen fungieren zwar auch bei selektivem Kontrahieren als öffentliche Auftraggeber, ein öffentlicher Auftrag liegt jedoch erst vor, wenn sie mit den Leistungserbringern entgeltliche Verträge über Warenlieferungen oder Dienstleistungen schließen. Das Vorliegen eines öffentlichen Auftrages setzt voraus, dass der entsprechende Vertrag die Allokation bereits im Detail festlegt, zumindest weitgehend determiniert. Dies geschieht offensichtlich nicht, wenn eine Krankenkasse – wie z. B. im Rahmen der integrierten oder hausarztzentrierten Versorgung – eine Vorauswahl unter den Leistungserbringern trifft, denn die eigentliche Entscheidung über die Nachfrage fällt hier letztlich der Patient. Bei solchen und ähnlichen vertraglichen Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern handelt es sich insofern nicht um öffentliche Aufträge, sondern um Dienstleistungskonzessionen, die dem europäischen Vergaberecht nicht unterliegen (vgl. Epsen, I. 2004). Ausnahmen könnten im Hilfsmittelbereich auftreten, sofern nicht die Patienten, sondern die jeweiligen Krankenkassen Art und Umfang der Leistungen schon in den Verträgen definitiv auswählen (vgl. Koenig, Ch. et al. 2003).

Da es sich beim selektiven Kontrahieren zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern in der Regel nicht um öffentliche Aufträge handelt, kommt das nationale und europäische Vergaberecht hier nur selten zur Anwendung. Dies erleichtert das Zustandekommen solcher Verträge

[15] Der Generalanwalt hielt die Festbetragsregelung gleichwohl mit dem Hinweis auf die Ausnahmeregelung des Art. 86 Abs. 2 EG-Vertrag für gerechtfertigt. Danach gelten die Wettbewerbsregeln des Vertrages nicht für Unternehmen, die „mit Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse betraut sind“ und die Anwendung dieser Vorschriften „die Erfüllung der ihnen übertragenen besonderen Aufgaben rechtlich oder tatsächlich verhindert“.

[16] Dies bejaht z. B. I. Epsen (2004), während Ch. König, Ch. Engelmann und K. Henschel (2003) es verneinen, d. h. sie gehen hier von der Geltung des nationalen Vergaberechts aus.

aus verwaltungstechnischen Gründen erheblich und ermöglicht auch kleineren oder mittleren Krankenkassen den Abschluss solcher Verträge. Der allgemeine Gleichheitssatz nach Art. 3 Abs. 1 GG sowie die Berufsfreiheit gemäß Art. 12 Abs. 1 GG gelten jedoch auch hier und schützen die Leistungserbringer vor einem willkürlichen bzw. unverhältnismäßigen Handeln der Krankenkassen. Letztere erscheinen deshalb im Rahmen des selektiven Kontrahierens gut beraten, wenn sie die Auswahl der Leistungserbringer mit Hilfe einer öffentlichen Ausschreibung vornehmen, die transparente, objektivierbare und justiziable Kriterien beinhaltet.[17]

2.4.3 Zur Abgrenzung wettbewerbsrelevanter Gesundheitsmärkte

66. Wie bereits bei der Frage erwähnt, ob und wann zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern ein öffentlicher Auftrag im Sinne des Vergaberechtes vorliegt, entstehen beim selektiven Kontrahieren in Form eines zweistufigen Verfahrens zwei Wettbewerbsebenen. Auf der ersten Ebene fragen die Krankenkassen für ihre Versicherten nach gewissen Kriterien entsprechende Leistungserbringer nach und auf der nächsten bzw. unteren Ebene entscheiden sich dann die Patienten für bestimmte Leistungserbringer. Auf der ersten Ebene, die bei den bisher vorherrschenden Kollektivverträgen entfällt, stehen Krankenkassen um Leistungserbringer und diese wiederum um Krankenkassen wechselseitig in Konkurrenz und auf der nachgelagerten Ebene konkurrieren die Leistungserbringer um Patienten. Diese wettbewerblichen Prozesse auf der nachgelagerten Ebene finden auch im Rahmen eines kollektivvertraglichen Systems statt. Beim selektiven Kontrahieren können zwischen den beiden Wettbewerbsebenen enge Beziehungen auftreten bzw. existieren. So vermag z. B. die Eröffnung eines kardiologischen Schwerpunktes auf der ersten Wettbewerbsebene die Attraktivität des speziellen Versorgungsnetzes der zugehörigen Krankenkasse zu erhöhen und auf der zweiten Ebene bzw. im Versorgungsverbund den jeweiligen Leistungserbringern zusätzliche Nachfrage zu bescheren (vgl. Vistnes, G. 2000).

67. Um die Effekte, die von wettbewerblichen Prozessen auf Effizienz, Qualität und Innovationsfähigkeit ausgehen, abschätzen zu können, erscheint es sinnvoll, den jeweils wettbewerbsrelevanten Gesundheitsmarkt hinsichtlich des Produkts und seiner räumlichen Dimension ab- bzw. einzugrenzen. Um den wettbewerblich relevanten Produktmarkt (vgl. Haas-Wilson, D. 2003) zu bestimmen, gilt es zunächst zu ermitteln,

- wer als Nutzer in Frage kommt,
- welche Anbieter das gleiche oder ein substituierbares Produkt anbieten,
- welche der vorhandenen Anbieter das Angebot ihres Produktes steigern können, wenn ein Anbieter über Fusionen versucht, Marktmacht auszuüben und
- welche neuen Anbieter im Falle von Fusionen oder Kartellen ohne größeren Aufwand dieses Produkt anbieten könnten.

Um zu ermitteln, ob zwischen zwei Gütern substitutive Beziehungen bestehen, bietet sich zunächst die Messung der Kreuzpreiselastizität der Nachfrage an. Diese misst die prozentuale Veränderung der Nachfrage nach einem bestimmten Gut im Verhältnis zur prozentualen Preisänderung eines anderen Gutes. Bei substitutiven Gütern nimmt die Kreuzpreiselastizität einen positiven, bei komplementären Gütern einen negativen Wert an. Da im deutschen Gesundheitswesen, insbesondere im ambulanten Bereich, die Preise der Güter und Dienstleistungen infolge starrer Vergütungs- bzw. Preissysteme nicht von der Nachfrage nach dem betreffenden oder einem substituierbaren Gut abhängen, scheitert hier eine Abgrenzung wettbewerbsrelevanter Gesundheitsmärkte mit Hilfe der Kreuzpreiselastizität. Gleichwohl bestehen im deutschen Gesundheitswesen zahlreiche substitutive Beziehungen, z. B. zwischen Arzneimitteln sowie ambulanter und stationärer Behandlung, zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Behandlung, zwischen den Leistungen von ambulanten Fachärzten und denen von Krankenhäusern, zwischen der Versorgung in Krankenhäusern und in Rehabilitationskliniken sowie zwischen diesen und spezialisierten Pflegeheimen. Wettbewerbs- und Versorgungsprobleme können im Rahmen selektiven Kontrahierens dann auftreten, wenn sich bei fehlenden Substitutionsmöglichkeiten Leistungserbringer zusammenschließen, die nur mit einem bestimmten Versorgungsnetz Verträge schließen. Im Falle von Krankenhausfusionen laufen z. B. andere Netze dann Gefahr, keine (geeigneten) Krankenhäuser mehr mit der Versorgung ihrer Versicherten beauftragen zu können. Dies trifft dann viele Patienten dieser Netze insofern umso härter, als sie sich seinerzeit ohne genaue Kenntnis ihres zukünftigen Bedarfs – quasi im Sinne eines Optionskonsums – eingeschrieben haben (ähnlich Dranove, D. 1998; Dranove, D. u. White, W. D. 1998).

Ob neue bzw. potenzielle Anbieter im Rahmen selektiver Vertragsbeziehungen in bestimmte Produktmärkte eintreten und im gesamten Gesundheitswesen Überkapazitäten[188] entstehen, hängt zumindest in Grenzen ebenfalls von der Substituierbarkeit des Angebots ab. Das absolute und relative Wachstum von Versorgungsnetzen, die durch selektive Verträge zustande kommen, beeinflusst die Substituierbarkeit kaum, wenn diese Netze, um ihre Transaktionskosten zu senken, Anbieter mit einem breiten Leistungsspektrum bevorzugen. Wählen sie dagegen Anbieter aus, die große Mengen bestimmter Leistungen zur Verfügung stellen und demzufolge über überdurchschnittliche Erfahrungen verfügen, steigt möglicherweise die Qualität der Versorgung, aber die Substituierbarkeit des Angebots nimmt ab. Potenzielle Anbieter

[17] In manchen Fällen ließe sich die Notwendigkeit einer Ausschreibung u. U. auch aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 70 Abs. 1 SGB V ableiten. Eine Krankenkasse, die ohne Ausschreibung unter den Leistungserbringern selektiert, vermag nicht eine verhältnismäßige Auswahl unter den leistungsfähigsten Anbietern zu garantieren.

[18] In diesem Kontext spielt auch eine Rolle, ob ein freier Marktzugang oder eine Angebotsregulierung bzw. Bedarfsplanung besteht.

sehen sich dann mit höheren Eintrittsschranken konfrontiert (vgl. Haas-Wilson, D. 2003).

68. Neben dem Produktmarkt spielt der geographische Markt für die Abschätzung und Messung von wettbewerblichen Effekten insofern eine entscheidende Rolle, als er den räumlichen Bereich abgrenzt, in dem die jeweiligen Wettbewerbsprozesse stattfinden. Geographische Märkte werden üblicherweise mit Hilfe einer Auswertung von Patientenflüssen bestimmt. Diesem Vorgehen liegt die Annahme zugrunde, dass die Patienten ihre Entscheidungen, z. B. eine Krankenhausbehandlung in Anspruch zu nehmen, zum Zeitpunkt des Bedarfs bzw. ex post treffen, während sie im System selektiver Verträge in der Regel ex ante einem Versorgungsnetz beitreten. Sofern sich z. B. in einer Region Krankenhäuser zusammenschließen und als Folge mangelnden Wettbewerbs das Qualitätsniveau sinkt, hängen die Wohlfahrtsverluste der Patienten davon ab, ob ihnen bessere Optionen zur Verfügung stehen. Legen sie auf eine höhere Qualität wert, dürften sie in Abhängigkeit vom Zeitbedarf der Behandlung und den Transportkosten andere Krankenhäuser aufsuchen. Wenn diese Krankenhäuser aber nicht dem Netz angehören, stellt sich die Frage, ob und unter welchen Bedingungen die Patienten auch Leistungsanbieter außerhalb des Netzes in Anspruch nehmen können. Enthalten die vertraglichen Regelungen hier für die Patienten restriktive bzw. prohibitive Vorschriften, können die Leistungsanbieter innerhalb des Netzes eine größere Marktmacht entfalten. In diesem Kontext spielen dann auch die Modalitäten, unter denen die Patienten bzw. Versicherten das Netz verlassen können, eine bedeutsame Rolle. Je stärker die Versorgungsnetze die Patienten in ihren Wahlmöglichkeiten einengen, umso mehr stößt die Patientenflussanalyse bei der Abgrenzung geographischer Gesundheitsmärkte an ihre Grenzen (vgl. Dranove, D. u. White, W.D. 1998).

Im zweistufigen Wettbewerbssystem selektiver Verträge stellen auf der ersten Ebene die Krankenkassen die entscheidenden Nachfrager dar. Sie wählen im Rahmen von Verhandlungen oder Ausschreibungen jene Leistungsanbieter aus, die dem Versorgungsnetz beitreten. Je nach wettbewerblicher Situation können allerdings auch die Leistungserbringer bei diesen selektiven Verträgen ihre Marktmacht umsetzen, indem sie z. B. die Preise erhöhen, die Mengen senken oder die Qualität verschlechtern. Insofern bildet diese Ebene den gewichtigeren Ansatzpunkt für die wettbewerbs- bzw. vergaberechtliche Aufsicht. Patientenflüsse, die derzeit zur Abgrenzung der geographischen Märkte dienen, informieren zwar auf der zweiten Ebene über die Gesundheitsmärkte, erlauben aber kaum Aussagen über die relevanten Märkte auf der ersten Wettbewerbsebene. Nach Untersuchungen in den USA führte die Anwendung von Patientenflussmethoden, insbesondere auf Krankenhausmärkten, zu beträchtlich größeren Abgrenzungen von geographischen Märkten als spezielle Analysen. Dies bedeutet, dass die Anwendung dieser Methode wettbewerbspolitischen Kriterien und wettbewerbsrechtlichen Anforderungen häufig nicht genügt (siehe Capps, C. et al. 2001, 2003 und 2003a).

69. Wie bereits angedeutet, begünstigen Markteintrittsschranken wettbewerbsfeindliche horizontale und vertikale Zusammenschlüsse von Anbietern und die damit einhergehenden Wohlfahrtsverluste der Nachfrager bzw. Nutzer. Eine hohe Marktkonzentration und eine geringe Zahl von Anbietern führen aber für sich allein noch nicht zwangsläufig zu einer solchen Wettbewerbssituation, denn ohne Markteintrittsschranken bleibt offen, ob die entsprechenden Anbieter ihre Leistungen zu höheren Preisen und/oder niedrigerer Qualität absetzen können. Sie müssten in einem solchen Fall jederzeit mit potenziellen Konkurrenten rechnen (vgl. Hyman, D. A. u. Kovacic, W.E. 2004). Markteintrittsschranken können zurückgehen auf Investitionen, die mit verlorenen Kosten (*sunk costs*) einhergehen, auf absolute Kostenvorteile und auf strategisches Verhalten der Anbieter sowie staatliche Regulierungen (vgl. Haas-Wilson, D. 2003).

Verlorene Kosten fallen dann an, wenn die Anbieter ihre Aufwendungen für bestimmte Investitionen bzw. Leistungen bei einem etwaigen Marktaustritt, z. B. durch Verkauf, nicht mehr amortisieren können. Im Rahmen des Wettbewerbs der Krankenkassen handelt es sich z. B. bei den Aufwendungen für Investitionen in Modellvorhaben, Strukturverträge und integrierte Versorgungsformen um solche *sunk costs*. Ein Anbieter besitzt absolute Kostenvorteile gegenüber potenziellen Eintrittskandidaten, wenn er zu niedrigeren Kosten produzieren kann. Diese Kostenvorteile können aus einem günstigeren Zugang bzw. Erwerb von Produktionsfaktoren und/oder einer effizienteren Produktionstechnik erwachsen, die auf langjährige Erfahrung und entsprechende Lernprozesse (*learning by doing*) zurückgehen kann. Strategisches Verhalten der im Markt befindlichen Anbieter zielt in diesem Kontext darauf ab, die Marktbedingungen so zu gestalten, dass sie potenzielle Anbieter abschrecken. Dies könnte z. B. durch Verträge mit bestimmten Exklusivitäts- und Bindungsklauseln (siehe auch Abschnitt 2.4.4), aber auch durch Schaffung von Überkapazitäten mit drohenden Preissenkungen geschehen. Schließlich kann die staatliche Rahmenordnung Marktzutrittsschranken aufbauen, indem sie den Eintritt neuer Anbieter verhindert oder begrenzt.

2.4.4 Effekte horizontaler und vertikaler Zusammenschlüsse

70. Der (partielle) Übergang von gemeinsam und einheitlich ausgehandelten Kollektivverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern zu selektivem Kontrahieren setzt auf beiden Marktseiten Anreize zu Zusammenschlüssen. Solche Konzentrationsprozesse laufen im deutschen Gesundheitswesen zwar schon seit geraumer Zeit ab, z. B. im Krankenkassenbereich sowie im Krankenhaus- und Arzneimittelsektor, sie dürften im Rahmen des selektiven Kontrahierens aber noch eine Intensivierung erfahren. Bei der überwiegenden Mehrzahl dieser Zusammenschlüsse handelte es sich um horizontale Konzentrationsprozesse. Diese erlauben a priori, d. h. ohne Bezug zur jeweiligen Markt- bzw. Wettbewerbskonstellation, noch keine positive oder negative gesamtwirtschaftliche Bewertung. Horizontale Zusammenschlüsse

wirken für Nutzer bzw. Patienten wohlfahrtssteigernd, wenn sie über eine Intensivierung des Wettbewerbs die Qualität der Leistungen steigern und/oder die Kosten senken und damit zu niedrigeren Preisen führen. Andererseits können Anbieter horizontale Zusammenschlüsse auch dazu nutzen, über eine größere Marktmacht höhere Preise und/oder eine schlechtere Qualität durchzusetzen.

71. Horizontale Zusammenschlüsse können vornehmlich aus folgenden Gründen Effizienz und Effektivität von Gesundheitsleistungen erhöhen (vgl. Haas-Wilson, D. 2003):

- Senkung der Transaktionskosten,
- Realisierung von Skalenerträgen in Produktion und Verwaltung,
- Abbau von Überkapazitäten,
- Förderung von Spezialisierungen und damit Gewinn zusätzlicher Erfahrung,
- Risikostreuung,
- verstärkte Anreize zur Überwachung und Steigerung der Qualität sowie
- Intensivierung des Wettbewerbs zwischen leistungsfähigen Anbietern.

Horizontale Zusammenschlüsse auf Seiten der Krankenkassen sowie der Leistungserbringer können die Transaktionskosten, die durch Aushandeln, Durchsetzen und Überwachen von Verträgen entstehen, innerhalb von geographischen Märkten und über diese hinweg senken. Die im Gesundheitswesen durchaus relevanten Transaktionskosten fallen geringer aus, wenn größere Krankenkassen mit einer überschaubaren Anzahl von Anbietern – die aber wegen einer ansonsten drohenden Kartellierung noch kein enges Oligopol bilden dürfen – in Vertragsverhandlungen treten. Aus theoretischer Sicht gibt es auch einige Gründe, die für die Existenz von Skalenerträgen im Gesundheitswesen sprechen. So sinken z. B. die durchschnittlichen Kosten eines Gutes, wenn sich die fixen Kosten auf eine größere Outputmenge verteilen und die Anpassung an die Streuung der Nachfrage eine bestimmte Reservekapazität erfordert. Empirische Untersuchungen deuten allerdings darauf hin, dass Zusammenschlüsse nur ein begrenztes Potenzial für Skalenerträge aufweisen, das zudem, sofern vorhanden, schon bei relativ geringem Outputniveau erschöpft ist (vgl. Given, R.S. 1996; Wholey, D. et al. 1996; Roseman, R. et al. 1997).

Da Innovationen in der ambulanten Versorgung und der Arzneimitteltherapie teilweise die Möglichkeit bieten, stationäre Behandlungen zu substituieren, können Zusammen-schlüsse auch dazu dienen, Überkapazitäten, z. B. durch Schließen von Abteilungen, abzubauen. Insgesamt gesehen senken nach empirischen Studien in den USA Zusammenschlüsse von Krankenhäusern das Wachstum der Kosten, wobei sich die kostensenkende Wirkung allerdings bei höherer Marktkonzentration verringert (vgl. Connor, R.A. et al. 1997; Spang, H.R. et al. 2001; Kessler, D.P. u. McClellan, M.B. 2000).

Im Hinblick auf die Qualität der Versorgung ist die Befundlage widersprüchlich. Zusammenschlüsse von Krankenhäusern können über die Behandlung einer größeren Zahl von Patienten und die damit einhergehende Erfahrung die Qualität der Versorgung erhöhen (vgl. Gutachten 2000/2001, Addendum, zur Kompetenzbündelung am Beispiel der Hämophilie sowie Siess, M. u. Siewert, J. R. 2005 zu Mindestmengen und Zentrenbildung). In diesem Kontext gelangte eine Übersicht über empirische Studien in den USA zu dem Ergebnis, dass zwei Drittel der 88 einbezogenen Untersuchungen eine positive Beziehung zwischen einer größeren Menge von Behandlungen und einem besseren gesundheitlichen Ergebnis anzeigten (vgl. Hewitt, M. 2000). Bei solchen empirischen Analysen, die auf Querschnittsdaten aufbauen, taucht allerdings ein Endogenitätsproblem auf, d. h. es kann eine ‚Ei-Henne-Beziehung' vorliegen. Die besseren gesundheitlichen Ergebnisse können einerseits tatsächlich auf größere Versorgungsmengen zurückgehen, die beobachtete Korrelation mag aber andererseits auch dadurch zustande kommen, dass die Patienten diese Krankenhäuser deshalb aufsuchen, weil sie im Hinblick auf die Qualität der Behandlung einen guten Ruf besitzen (vgl. Gaynor, M. u. Vogt, W.B. 2003; Haas-Wilson, D. 2003). Untersuchungen mit Hilfe von Längsschnittdaten weisen allerdings ebenfalls darauf hin, dass größere Versorgungsmengen zu einer höheren Qualität der (Krankenhaus-)Versorgung führen (vgl. Birkmeyer, J.D. et al. 2002).

72. Unbeschadet ihres Potenzials zu Kostensenkungen und Qualitätssteigerungen bergen horizontale Zusammenschlüsse die Gefahr, dass die fusionierten Anbieter ihre Marktmacht zum Schaden von Versicherten und Patienten ausnutzen. Solche Zusammenschlüsse erhöhen zum einen die Wahrscheinlichkeit eines abgestimmten (Kartell-) Verhaltens und können zum anderen einzelne Anbieter direkt dazu befähigen, Marktmacht auszuüben. Ob und inwieweit es zu derartigen unerwünschten Effekten kommt, hängt wesentlich davon ab, ob diese Zusammenschlüsse auf zuvor wenig konzentrierten Märkten, wie z. B. im Bereich der deutschen öffentlichen Apotheken, oder auf bereits relativ konzentrierten geographischen Märkten stattfinden. So lehnte z. B. das Bundeskartellamt die Übernahme von zwei Krankenhäusern durch eine Klinikkette, die gemessen an der gesamten stationären Versorgung in Deutschland keinen auffälligen Marktanteil einnimmt, mit Bezug auf den speziellen wettbewerbsrelevanten geographischen Markt ab (vgl. Neubauer, G. 2005). Nach einer Erhebung mit Hilfe von Patientenströmen hätten diese Zukäufe den Marktanteil des Klinikbetreibers in der Region Bad Neustadt/Bad Kissingen, wo er bereits fünf Kliniken besitzt, auf 65 % und in Meiningen auf 60 % ansteigen lassen.

73. Vertikale Zusammenschlüsse umfassen Anbieter von Gütern und Diensten, z. B. Krankenkassen, ambulante Ärzte und Krankenhäuser, die auf verschiedenen, aber miteinander verbundenen Produktmärkten agieren. Das Spektrum vertikaler Zusammenschlüsse reicht von einer Vereinigung durch Fusionen oder Zukäufe über Exklusiv-, Koppelungs- und Meistbegünstigungsklauseln bis zu Gemeinschaftsprojekten. Um einen einseitigen

Exklusivvertrag handelt es sich, wenn z. B. im Rahmen der integrierten Versorgung Krankenhäuser nur Patienten der ambulanten (Netz-)Ärzte aufnehmen oder die ambulanten Ärzte nur in die Netz-Krankenhäuser einweisen dürfen. Gilt dies vice versa, liegt ein zweiseitiger Exklusivvertrag vor. Kopplungsklauseln beinhalten, dass der Käufer, d. h. hier eine Krankenkasse, verschiedene – oft komplementäre – Güter von bestimmten Verkäufern bezieht. So könnte z. B. ein Krankenhausnetz mit einer Krankenkasse nicht nur einen Vertrag über die stationäre Versorgung, sondern zugleich über die ambulanten Leistungen eines zugehörigen oder assoziierten Ärztenetzes schließen. Meistbegünstigungsklauseln legen fest, dass die Anbieter für ihre Leistungen keinem Nachfrager einen günstigeren Preis einräumen als dem Vertragspartner, z. B. einer Krankenkasse.

74. Vertikale Zusammenschlüsse können z. B. durch Senkung der Transaktionskosten oder durch Realisierung von Größenvorteilen (*economies of scope*) die Effizienz in ähnlicher Weise steigern wie horizontale Vereinigungen. Darüber hinaus setzen sie durch eine Internalisierung externer Effekte Anreize, Ineffizienzen und Ineffektivitäten an den Schnittstellen zwischen den Behandlungssektoren abzubauen. Diese Mängel wurzeln u. a. darin, dass die ambulanten Ärzte bei ihrer Behandlung nicht (hinreichend) jene Wirkungen berücksichtigen, die später im Krankenhaus auftreten, und die Krankenhausärzte jene Effekte (zu sehr) vernachlässigen, die poststationär im ambulanten oder Rehabilitationsbereich anfallen. Ein Versorgungsnetz, das über vertikale Zusammenschlüsse oder vertragliche Bindungen Leistungserbringer aller Sektoren einschließt, besitzt kein Interesse daran, negative Effekte in bestimmte Sektoren zu externalisieren. Eine optimale Ressourcenallokation setzt allerdings auch bei vertikalen Verbünden ein leistungs- bzw. ergebnisadäquates Vergütungssystem voraus.

75. Vertikale Zusammenschlüsse oder Exklusivverträge können vor allem auf Gesundheitsmärkten mit Markteintrittsschranken wettbewerbsfeindliche Wirkungen verursachen, indem sie

- den Zugang von Konkurrenten zu einem erforderlichen Produktmarkt ausschließen,
- deren Kosten für bestimmte Produkte erhöhen sowie
- durch die gewonnene Marktmacht auch die horizontale Konzentration erhöhen und dann dort die Preise anheben und/oder die Qualität senken (ähnlich Gaynor, M. u. Haas-Wilson, D. 1998).

Wenn es im Extremfall auf einem geographischen Produktmarkt nur ein Krankenhaus (einer spezifischen Versorgungsstufe), aber mehrere Krankenkassen gibt, dann führt ein vertikaler Zusammenschluss dieses Krankenhauses mit einer Krankenkasse dazu, dass deren Konkurrenten ihren Versicherten keinen zumutbaren Zugang zu Krankenhausleistungen mehr bieten können oder erheblich höhere Preise als die kontrahierende Kasse zahlen. Exklusivverträge und Kopplungsklauseln beschränken den Wettbewerb insofern, als sie zumindest auf einem Produktmarkt potenzielle Konkurrenten um Verträge ausschließen. Zusammenschlüsse zwischen Krankenhäusern und ambulanten Arztpraxen erhöhen die Verhandlungsmacht gegenüber den Krankenkassen und zwar insbesondere dann, wenn auf dem Krankenhausmarkt eine geringe Wettbewerbsintensität herrscht (vgl. Gal-Or, E. 1999; Cuellar, A.E. u. Gertler, P. 2001). Schließlich drohen vertikale Zusammenschlüsse die horizontale Konzentration zu fördern, die ihrerseits den Ausgangspunkt vertikaler Zusammenschlüsse bilden kann. So weist der Produktmarkt des Arzneimittelgroßhandels eine hohe (horizontale) Konzentration auf, denn zwei (vier) Firmen vereinigen ca. 50 % (75 %) des gesamten Umsatzes auf sich. Die völlige Freigabe von Fremdbesitz bei gleichzeitiger Lockerung des Mehrbesitzverbots bei öffentlichen Apotheken würde den beiden Marktführern die Möglichkeit eröffnen, einen erheblichen Teil der Apotheken aufzukaufen.[19] Von diesen vertikalen Zusammenschlüssen gingen dann insofern Rückwirkungen auf den Produktmarkt des Arzneimittelgroßhandels aus, als sich dort die schon vorhandene Konzentration noch erheblich verschärfen würde.

76. Als Zwischenfazit bleibt festzuhalten, dass das deutsche Gesundheitswesen noch einen erheblichen Spielraum für dezentrale Wettbewerbsprozesse bietet, die Effizienz und Effektivität der Versorgung zu verbessern versprechen. Dabei gilt es allerdings sowohl für die Krankenkassen als auch für die Leistungserbringer, die Normen des nationalen sowie europäischen Wettbewerbs- und Vergaberechts zu beachten. Die Ausweitung selektiven Kontrahierens zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern dürfte die bereits im Krankenkassenbereich und bei einzelnen Leistungserbringern, wie z. B. den Krankenhäusern und den Arzneimittelherstellern, vorhandenen Konzentrationsprozesse noch verstärken bzw. beschleunigen. Bei einer weitergehenden Lockerung des Mehr- oder gar einer Aufhebung des Fremdbesitzverbotes steht dies auch auf dem Apothekenmarkt zu erwarten. Bei der gesamtwirtschaftlichen Bewertung horizontaler und vertikaler Zusammenschlüsse kommt es jeweils auf den speziellen Produkt- und den zugehörigen geographischen Markt sowie die Ausgangslage an.

Bei immer noch etwa 250 Krankenkassen und ca. 21 000 Apotheken sowie Regionen mit einer Überversorgung im stationären Bereich führen Konzentrationsprozesse tendenziell zu einer Steigerung der Effizienz und auch teilweise der Qualität. In vielen Fällen aber bedarf die Beurteilung eines horizontalen oder vertikalen Zu-

[19] Dieser Konzentrationsprozess könnte interne Qualitätssicherungsmaßnahmen fördern. Dabei gilt es unter Wettbewerbsaspekten noch zu berücksichtigen, dass die Firma mit dem größten Großhandelsumsatz dem gleichen Eigentümer wie der umsatzstärkste Hersteller von Generika gehört. Unter diesem Aspekt erscheint der ordnungspolitisch prima vista halbherzige Einstieg in die Deregulierung des Apothekenmarktes, d. h. die begrenzte Lockerung des Mehrbesitzverbots bei weiterhin bestehendem Fremdbesitzverbot, zumindest eine vertretbare (Interims-)Lösung.

sammenschlusses einer speziellen Analyse des Einzelfalls. Unter bestimmten regionalen Bedingungen kann bereits der Zusammenschluss von fünf Fachärzten zu einer marktbeherrschenden Stellung führen, die bei dezentralen Verhandlungen missbräuchliches Verhalten ermöglicht. Die für die Einhaltung der Wettbewerbsregeln zuständigen Institutionen – Ministerien, Bundeskartellamt, Versicherungsämter und Gerichte – sehen sich bei einer dynamischen Ausweitung selektiven Kontrahierens im Gesundheitswesen mit neuen Problemen konfrontiert. Dabei bilden allerdings die entsprechenden Schwachstellen von Kollektivverhandlungen die Vergleichsbasis.

Exkurs: Herausforderungen für ambulante Ärzte durch integrierte Versorgung

77. Der Auf- und Ausbau einer Versorgungslandschaft, die zu einem Teil eine selektive Vertragsgestaltung vorsieht, konfrontiert die ambulanten Ärzte mit Problemen bzw. neuen Aufgaben, die sich sowohl auf Strukturen und Formen der Versorgung als auch auf deren Steuerung beziehen. Die angestrebten Veränderungsprozesse in der medizinischen Versorgung setzen ein verändertes Denken und einen Wandel im professionellen Selbstverständnis der ambulanten Ärzteschaft voraus. Der Vertragsarzt steht zum einen vor der Aufgabe, die inhaltlichen Herausforderungen an eine erfolgreiche integrierte Versorgung zu bewältigen, und zum anderen geht es für ihn darum, eine angemessene Vertragsform für seine Tätigkeit zu finden.

Bei einer deutlichen Zunahme des Anteils medizinischer Versorgung, der auf selektiven Verträgen basiert, bleibt aus heutiger Perspektive noch weitgehend offen, wie sich unter den neuen Rahmenbedingungen die konkrete Ausgestaltung des Gesundheitswesens künftig darstellt. Diese Situation birgt für die ambulante Ärzteschaft bei allen Unwägbarkeiten auch die Chance, das noch offene Zeitfenster zu nutzen, um eigene Vorstellungen für die Gestaltung der gesundheitlichen, insbesondere der medizinischen Versorgung der Bevölkerung zu entwickeln und mit den Vertragspartnern abzustimmen. Andernfalls besteht die Gefahr, dass die Ärzte aus Sorge um das wirtschaftliche Fortbestehen der Praxis vorschnell Vertragsbindungen eingehen, deren Nachteile sich erst allmählich im Praxisalltag herausstellen. In diesem Kontext gilt es auch zu bedenken, dass die Interessen zwischen Krankenkassen und Ärzten häufig nicht übereinstimmen. Während es dem Arzt neben einer verlässlichen wirtschaftlichen Perspektive und der Konzentration auf ärztliche Aufgaben auch um die Erhaltung gewisser Gestaltungsfreiräume für einen seinen Prioritäten entsprechenden Versorgungsstil geht, setzen die Kassen auf die Ausschöpfung von Rationalisierungsreserven und damit auf eine an der Kosteneffektivität ausgerichtete Versorgung.

Ungeachtet der mit den jeweiligen Vertragsangeboten verbundenen Qualitätsauflagen bedeutet dies für den Arzt neue Anforderungen an

– die ärztliche Kompetenz,

– die Reichweite der ärztlichen Verantwortung,

– die innerärztliche Kommunikation und

– die Einstellungen und Leitbilder der Berufsausübung.

78. Die integrierte Versorgung führt zu einem vermehrten Austausch von Informationen zwischen den Leistungserbringern. Dies erzwingt z. B. vom Hausarzt eine klare Vorstellung von Zweck und Ziel einer Überweisung und erfordert vom Fachspezialisten eine gezielte Antwort darauf sowie das Aufzeigen weiterer Verfahrenskonsequenzen. Dieser Informationsaustausch hält die jeweils beteiligten Leistungserbringer dazu an, stets auch die weiteren Schritte der integrierten Behandlung antizipierend mitzudenken und zu kommunizieren. Dies erfordert wiederum, jeweils das Ziel und den Zweck geplanter Maßnahmen zu klären. Diese scheinbar selbstverständlichen gedanklichen Schritte spielen bisher in der üblicherweise dokumentierten innerärztlichen Kommunikation nicht die Rolle, die ihnen eigentlich zukommt. Die skizzierte Vorgehensweise verlangt eine fundierte Auseinandersetzung mit dem medizinischen Sachproblem, was mit einem Zuwachs an Kompetenz einhergehen kann. Dazu trägt bei, dass der eigene, vorgeschlagene Behandlungsweg nicht nur gegenüber dem Patienten, sondern auch in der innerärztlichen Auseinandersetzung, d. h. vor dem fachfremden Kollegen, begründet und gerechtfertigt werden muss. Hinzu kommen Verständigungsprozesse hinsichtlich der Zielsetzung einer integrierten, d. h. gemeinsamen Behandlung, die sich an den Besonderheiten des Einzelfalls orientieren und die Sichtweise und Prioritäten des Patienten in besonderem Maße berücksichtigen soll. Hierbei entstehen zwangsläufig Ermessensspielräume, wenn es z. B. darum geht, die Mitarbeit des Patienten abzuschätzen, die subjektiven Belastungen einer Therapie (z. B. therapiebedingte Beschwerden und Einschränkungen, Anfahrtswege und -zeiten, Wartezeiten in verschiedenen Praxen, Verzicht auf Lebens- und Arbeitsgewohnheiten bei Angst vor Verlust des Arbeitsplatzes) gegenüber ihrem (Brutto-)Nutzen abzuwägen. Dies setzt eine bisher unter Ärzten eher sporadisch, jedoch nicht systematisch und zielführend gepflegte und dokumentierte, neue Form der Verständigung voraus.

79. In der integrierten Versorgung dürften sich Versorgungsketten bilden, an denen sich möglicherweise mehr Ärzte beteiligen als bisher vom Patienten gewohnt und erwartet. Die Berücksichtigung der Patientenbelange und das Erzielen optimaler Versorgungsergebnisse setzen vor allem voraus, dass alle an der Behandlung Beteiligten dem Patienten gegenüber eine übereinstimmende Einschätzung des Problems, z. B. hinsichtlich Krankheitsschwere, Behandlungschancen und vor allem auch der Prognose, erkennen lassen. Insbesondere die Beratung, die zu einer letztlich vom Patienten zu treffenden Entscheidung für oder gegen vorgeschlagene Maßnahmen führt, sollte in übereinstimmender Weise erfolgen.

Im Umgang mit dem Patienten ergeben sich weitere Anforderungen wie verständliche und erschöpfende Information, Wahrnehmung der Patientenprioritäten, Erfassung psychosozialer Krankheitskomponenten, Anleitung, Schulung und Delegation von Leistungen an den Patienten. Auch hierzu bedarf es einerseits erheblicher Lernprozesse seitens der Ärzte und andererseits eines neuen Kommunikationsstils der Leistungserbringer untereinander.

Die Beispiele zeigen, dass eine Ausschöpfung der Potenziale integrierter Versorgung nur gelingt, wenn der Arzt zusätzliche Kompetenzen gewinnt und sich neue Wege der innerärztlichen Zusammenarbeit herausbilden. Dies erfordert aber Freiräume für das Nachdenken über Patienten und ihre medizinischen Probleme und damit einen neuen Arbeitsstil, der systematisch die transparente Reflexion vor die Aktion setzt. Diese Feststellung bedeutet keine Abqualifizierung der alltäglichen Bemühungen der Ärzte um die bestmögliche Versorgung ihrer Patienten. In der integrierten Versorgung geht es jedoch darum, solche Prozesse transparent und zu einem systematischen Bestandteil der Interaktion zwischen den Leistungserbringern zu machen.

80. Die Bildung sektorenübergreifender Versorgungsketten setzt voraus, dass der Arzt, der jeweils einen Patienten weiterleitet, auch die Verantwortung dafür trägt, dass der Patient zum richtigen Zeitpunkt den richtigen Leistungserbringer für die weitere Behandlung erreichen kann. Diese Anforderung besteht darin, eine sinnvolle Reihenfolge der Behandlungen, z. B. einer Ausschlussdiagnostik, zu veranlassen und sicherzustellen, dass die erforderliche Behandlung insbesondere in dringlichen Fällen auch tatsächlich (z. B. trotz organisatorischer Hindernisse) erfolgen kann. Dies schließt z. B. die Ankündigung dringend zu versorgender Patienten im Krankenhaus, die Sicherung eines zeitnahen Behandlungstermins beim ambulanten Spezialisten oder auch die Sicherstellung der häuslichen Versorgung bzw. einer Anschlussversorgung bei hochaltrigen Patienten mit der Krankenhausentlassung ein.

Ärzte, die insbesondere in sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen zusammenarbeiten, benötigen neben einer neuen Kommunikationskultur auch ein den neuen Herausforderungen angepasstes ärztliches Selbstverständnis für den Umgang miteinander. Nur wenn alle Beteiligten sich unabhängig von ihrer jeweiligen Fachrichtung als gleichwertige Partner verstehen, d. h. ohne dass bei der gegenseitigen Verständigung ein implizites Bedeutungsgefälle der Tätigkeit, etwa vom Krankenhaus über den Fachspezialisten bis zum Hausarzt, zum Tragen kommt, kann ein optimales Versorgungsergebnis entstehen. Lobbyistisch geprägte Präferenzen und eine fachgruppenbezogene Ausrichtung an ökonomischen Zielen müssen zurücktreten zu Gunsten der medizinischen bzw. gesundheitlichen Problemlösung. Dies erfordert auch die Bereitschaft, sich für die Kompetenzen der anderen Fächer zu interessieren und Verständnis für deren Sichtweisen aufzubringen.

81. Viele Ärzte erleben Konfliktsituationen, wenn wirtschaftliche Grenzen ihren Handlungsspielraum einschränken. In Zukunft wird es jedoch erforderlich sein, die herkömmliche Teilung zwischen ‚Qualitätsverantwortung', die den Leistungserbringern obliegt, und ‚Kostenverantwortung', die Verwaltung und Management tragen, zu überwinden. Ein Dauerkonflikt im ärztlichen Verständnis zwischen dem Ziel einer hohen Leistungsqualität und der Beachtung eines engen Ressourcenrahmens könnte die integrierte Versorgung und die Zusammenarbeit zwischen den Vertragspartnern gefährden.

Die integrierte Versorgung und die Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern bei der Vertragsbildung können somit den Ärzten auch die Chance bieten, über ein neues Verständnis ihrer Rolle in diesem Spannungsfeld nachzudenken und eine entsprechende Debatte anzuregen. In diesem Zusammenhang gilt es auch, die eigenen Gestaltungsvorstellungen und -potenziale herauszuarbeiten sowie, um eine später als Fremdbestimmung beklagte Situation zu vermeiden, frühzeitig aufzuzeigen, wie aus ärztlicher Perspektive die Zusammenarbeit in der Versorgung erfolgen und die vertraglichen Verhältnisse aussehen sollten.

2.5 Zum Reformbedarf der korporativen Koordination

2.5.1 Alternative Steuerungsmechanismen und Beurteilungskriterien

82. Vor dem Hintergrund der allgemeinen Schwachstellen des Korporativismus und der speziellen Koordinationsdefizite im deutschen Gesundheitswesen bieten sich als Reformoptionen grundsätzlich folgende alternative Steuerungsmechanismen an:

– Übertragung der zentralen Entscheidungen auf die staatliche Ebene,

– Verlagerung der Kollektivverträge auf eine untere bzw. kleinere Einheit, d. h. von den gemeinsamen Spitzenverbänden zu den Kassenarten und von diesen zu den einzelnen Krankenkassen, von der Bundes- zur jeweiligen Landesebene, von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu den einzelnen KVen und

– vollständiger oder teilweiser Ersatz der Kollektivverträge durch dezentrale Wettbewerbsprozesse, d. h. durch individuelle Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern ohne generellen Kontrahierungszwang.

Von diesen alternativen Steuerungsmechanismen steht derzeit die wettbewerbliche Steuerung mit Hilfe von Einzelverträgen zwischen den Krankenkassen auf der einen Seite und einzelnen oder Gruppen von Leistungserbringern auf der anderen im Mittelpunkt kontroverser ordnungspolitischer Diskussionen mit teilweise diametralen Ansichten. Die einen befürchten einen Machtzuwachs und -missbrauch der Krankenkassen, die sich gegenüber einzelnen Leistungserbringern in einer übermächtigen Position befinden und diesen dann inakzeptable Vertragsbedingungen aufoktroyieren können. Die schwindende Attraktivität insbesondere ärztlicher Berufe ginge mit einer schleichenden Abnahme der Versorgungsqualität einher. Die anderen halten eine spürbare Verbesserung von Effizienz und Effektivität der deutschen Gesundheitsversorgung nur auf der Grundlage einer umfassenden selektiven Vertragsgestaltung für realisierbar. Entsprechend fordern sie ein Abrücken von der korporativen Koordination und in diesem Kontext vielfach auch die generelle Suspendierung des Kollektivvertragsrechts und mit ihm die Auflösung der KVen als Körperschaften des öffentlichen Rechtes.

83. Da, wie in Abschnitt 2.2.1 angedeutet, alle gesamtwirtschaftlichen Allokations- bzw. Koordinationsinstrumente ihre spezifischen Vor- und Nachteile aufweisen, legen Defizite der korporativen Koordination noch nicht zwingend ihren partiellen oder gar vollständigen Ersatz durch alternative Steuerungsmechanismen nahe. Diese Feststellung gilt insofern besonders für Koordinationsprobleme im Gesundheitswesen, als sich hier die Nutzer bzw. Patienten wegen der weitgehenden Vollversicherung nicht gezwungen sehen, ihre Präferenzen bzw. Zahlungsbereitschaft für die empfangenen – und überwiegend von Ärzten nachgefragten – Leistungen zu offenbaren. Zudem fordern die Normen des SGB V für die GKV eine einheitliche Versorgung aller Versicherten und Patienten, was jegliche diskriminierende Differenzierung nach bestimmten Kriterien ausschließt. Inwieweit alternative Steuerungsmechanismen die korporative Koordination ersetzen sollen, hängt im Sinne gesamtwirtschaftlicher Ziele davon ab, ob sie unter den jeweiligen konkreten Bedingungen die fiskalischen, allokativen und verteilungspolitischen Funktionen per saldo besser erfüllen. Dabei kann sich die Beurteilung der komparativen Leistungsfähigkeit der korporativen Koordination zum einen auf theoretische, insbesondere ordnungspolitische, Überlegungen und zum anderen, wenn auch in bescheidenem Umfange, auf empirische Beobachtungen stützen. Beurteilungen auf der Grundlage empirischer Analysen stoßen hier allerdings an enge Grenzen, denn es liegen zwar für Deutschland hinreichende Erfahrungen über die Ergebnisse von Kollektivverhandlungen, nicht aber über die Resultate alternativer Steuerungsmechanismen vor. Die Evaluation von dezentralen Wettbewerbsprozessen in den USA und der Schweiz besitzen insofern eine für die deutsche GKV eingeschränkte Aussagefähigkeit, als das Krankenversicherungssystem in den USA anderen sozialen Normen unterliegt und Managed Care-Organisationen in der Schweiz nach fast zehn Jahren derzeit nur einen Marktanteil von ca. 8 % einnehmen (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2005).

Die zielbezogene komparative Leistungsfähigkeit stellt nicht nur bei Steuerungsmechanismen, sondern auch bei Institutionen das adäquate Beurteilungskriterium dar. So nehmen die KVen im geltenden System der GKV folgende teilweise unverzichtbare Aufgaben wahr (vgl. u. a. Köhler, A. 2005):

– eine flächendeckende Sicherstellung der Versorgung aller Versicherten mit ambulanten haus- und fachärztlichen Leistungen,

– die Regelung der inneren Angelegenheiten der Vertragsärzte und -psychothera-peuten,

– die Konkretisierung der Rahmenbedingungen für die vertragsärztliche Berufsausübung (im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung),

– Kontroll- und Prüfungsaufgaben einschließlich Teilen der Qualitätssicherung,

– die Ausgestaltung der Vergütung sowie

– die Steuerung von Umfang und teilweise auch Struktur der Arzneimittel.

Eine Auflösung der KVen kann insofern nur dann zur Diskussion stehen, wenn überzeugende Gründe oder empirische Belege dafür sprechen, dass andere Institutionen diese Aufgaben effizienter und effektiver wahrnehmen können. In diesem Kontext gilt es auch zu berücksichtigen, dass eine Auflösung der KVen mit einer Stärkung bestehender und Gründungen neuer ärztlicher Verbände privaten Rechts einhergehen dürfte, so dass die Krankenkassen auch dann kaum mit einzelnen Ärzten oder kleinen Gruppen von Ärzten verhandeln könnten. So vereinigte quasi im Vorgriff auf eine Auflösung der KVen der Ärztebund Medi in Nordwürttemberg bereits nach vier

Jahren 70 % aller ambulanten Ärzte, die sich alle unter Regress verpflichteten, keine selektiven Verträge mit den Krankenkassen abzuschließen. Zahlreiche KVen erwägen derzeit die Gründung von gesellschaftsrechtlich eigenständigen KV-Tochtergesellschaften. Eine solche ‚KV-Consult' soll den Ärzten und Psychotherapeuten Beratung und Dienstleistung bei Direktverträgen anbieten, was vor allem für Verträge im Rahmen der integrierten Versorgung gilt. Die KV-Consult übernimmt dann praktisch einen Teil jener Funktionen, die der Gesetzgeber nun der ‚KV-Classic' entzieht. Es steht zu erwarten, dass private Ärzteverbände, entbunden von den Verpflichtungen einer Körperschaft des öffentlichen Rechtes und u. U. wie in Frankreich gewerkschaftlich organisiert, weiterreichende Forderungen stellen und deutlich aggressiver verhandeln als die heutigen KVen. Dies gilt vor allem für fachärztliche Gruppierungen, die erheblich homogenere und damit durchsetzungsfähigere Einheiten als die KVen darstellen.

84. Ein Mitglied des Rates ist der Meinung, dass die derzeitigen Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen durch mehr Wettbewerb besser gelöst werden könnten. Die ambulante Versorgung in Deutschland würde dadurch in Bezug auf Finanzierung, Qualität, Integration mit der stationären Versorgung und auch Wahrnehmung der Patienteninteressen wahrscheinlich verbessert werden. Die derzeitige Monopolstellung der Kassenärztlichen Vereinigungen bezieht sich auf die Verhandlungs- und Vertretungsmacht gegenüber den Krankenkassen. Hinzu kommt das Distributionsmonopol des Verhandlungsergebnisses. Aus dieser Monopolstellung heraus ist eine flexible Umsetzung von Bedürfnissen der Patienten sowie Profilierungen der im Wettbewerb stehenden Krankenkassen stark eingeschränkt.

Die aus der ökonomischen Theorie ableitbaren Vorteile des Wettbewerbs, wie Transparenz, Machtkontrolle und Berücksichtigung der Interessen der Nachfrager, sind in Deutschland in der ambulanten Versorgung bisher nicht ausreichend realisiert worden. Dafür existieren vielfältige empirische Befunde. So stehen Patienten in einigen Regionen Deutschlands vor einer Gefährdung der Versorgungsdichte. Andere Regionen sind hingegen überversorgt. Die Sicherstellung der Versorgung konnte durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, trotz der im internationalen Vergleich sehr hohen Zahl an Fachärzten in Deutschland, nicht umgesetzt werden. Die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung nach § 116a SGB V war die notwendige Folge.

Die hausärztliche Versorgung wurde aufgrund der Vergütungsanreize, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen gesetzt wurden, über lange Zeit hinweg systematisch schlechter gestellt. Ebenso wurde sprechende Medizin gegenüber Gerätemedizin benachteiligt. Die Folgen waren Kostensteigerung, Überversorgung (beispielsweise bei bildgebenden Verfahren), anbieterinduzierte Leistungsausweitung und gleichzeitig Unzufriedenheit in der Ärzteschaft. Eine Trennung der hausärztlichen und fachärztlichen Budgets war die Folge, ohne dass damit eine bessere Versorgung der Patienten nachgewiesen werden konnte.

Darüber hinaus hat es die Kassenärztliche Vereinigung nicht geschafft, wirksame und international vorbildliche Qualitätssicherungsmaßnahmen zu etablieren. Eine Koordinierung von unverbindlichen Qualitätszirkeln reicht nicht aus, um in einem Gesundheitssystem den medizinischen Fortschritt zu verbreiten. Erst durch Maßnahmen des Gesetzgebers im GMG ist der Ansatz eines Umdenkens zu erkennen. International ist Deutschland dennoch nicht führend in der Methodendiskussion oder Publikation von Qualitätsergebnissen. Der häufige Verweis auf die hohe Facharztdichte erscheint in diesem Zusammenhang als Versuch, Qualität durch Quantität zu ersetzen. Die Integration der ambulanten und stationären Versorgung ist in Deutschland trotz vielfältiger Ansätze des Gesetzgebers kaum vorangeschritten.

Nur ein wirksamer Wettbewerb um Qualität erlaubt eine Durchbrechung dieser Missstände in der ambulanten Versorgung. Dazu könnte die Sicherstellung und Bedarfsplanung der Versorgung auf die Länder übergehen. Die Finanzierung ambulanter Leistungen (Honorarsystem) könnte unter staatlicher Aufsicht durch eine ständige Kommission zur Entwicklung leistungs- und qualitätsorientierter Honorare gewährleistet werden, die sicherstellt, dass Vertragsärzte mit existenzsichernden Erlösen rechnen können. Der Kontrahierungszwang könnte bestehen bleiben, so dass jeder Arzt allen Krankenkassen zur Verfügung stünde und die freie Arztwahl nicht eingeschränkt würde. Die durch den EBM und die GOÄ bedingte Ungleichheit der Versorgung zwischen privat und gesetzlich Versicherten in einer Arztpraxis würde damit aber abgeschafft. Außerdem sollte das Preissystem erlauben, besonders gute Versorgungsqualität auch finanziell zusätzlich zu belohnen. Dazu sollten Krankenkassen ermächtigt werden, mit einzelnen Ärzten über den Versorgungsauftrag hinaus Qualitätsziele zu vereinbaren, die dem Vertragsarzt auch zusätzliche finanzielle Vorteile bringen (Preferred Provider-System). Positive Erfahrungen mit Wettbewerb in der ambulanten Versorgung existieren bereits in vielen Ländern Europas.

2.5.2 Fiskalische und Vergütungsaspekte

85. Die GKV befindet sich seit geraumer Zeit fiskalisch im Spannungsverhältnis zwischen einer Wachstumsschwäche ihrer Einnahmenbasis und einer vergleichsweise deutlich stärkeren Ausgabendynamik. Diese schlägt sich allerdings wegen der stabilisierenden Effekte zahlreicher Kostendämpfungsmaßnahmen nur in relativ moderatem Umfang in den Statistiken nieder. Die Realisierung des in § 71 SGB V verankerten Postulats der Beitragssatzstabilität setzt voraus, dass die Ausgaben der GKV nicht stärker steigen als die beitragspflichtigen Einnahmen. Dies kann dadurch geschehen, dass entweder die Zunahme der Aufwendungen einer jeden Behandlungsart das Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen nicht überschreitet oder sich die Abweichungen im Sinne eines Globalbudgets kompensieren. Dies könnte durch Kosteneinsparungen oder Leistungseinschränkungen erfolgen.

Wie ein Blick auf die Entwicklung der Aufwendungen für die zentralen Behandlungs-arten in Abbildung 2 zeigt, stiegen die Ausgaben der GKV für ambulante ärztliche und zahnärztliche Behandlung deutlich unterproportional zu den gesamten Leistungsausgaben und auch weitaus schwächer als die entsprechenden Aufwendungen für stationäre Behandlung und Arzneimittel. Sie weisen auch – was für die Resultate korporativer Prozesse typisch ist – einen vergleichsweise stetigen Verlauf auf. Das gesetzlich fixierte Postulat der Beitragssatzstabilität[200] ließ sich im Zuge der sektoralen Budgetierung unter dem Dach einer Körperschaft des öffentlichen Rechts offensichtlich vergleichsweise besser verwirklichen als in Bereichen ohne Durchgriffsmöglichkeiten einer Körperschaft (z. B. im Bereich des stationären Sektors und der Arzneimittel). Zudem eröffnet die Budgetierung eines Kollektivs für die jeweiligen Mitglieder immer noch mehr Freiräume als die Budgetierung jedes einzelnen Leistungserbringers.

Das im Vergleich zu den Gesamtausgaben deutlich unterproportionale Wachstum der Ausgaben für ambulante Behandlung durch Ärzte deutet darauf hin, dass sich eine Ausgabensteuerung über eine sektorale Budgetierung mit Hilfe der korporativen Koordination eher umsetzen lässt als mit Hilfe alternativer Steuerungsinstrumente.[211] Ein zentraler Grund hierfür liegt in den Durchgriffsmöglichkeiten, die eine KV als Körperschaft des öffentlichen Rechts bei der Vergütung gegenüber ihren Mitgliedern besitzt. Eine private Organisation, wie z. B. der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie, könnte eine solche Funktion mangels Kompetenzen gegenüber seinen Mitgliedern nicht wahrnehmen. Diese Stabilisierungserfolge bildeten Mitte der neunziger Jahre auch den zentralen Anlass zur Losung „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“ und zu – ordnungspolitisch freilich bedenklichen – Überlegungen in Richtung einer Verkörperschaftung auch der Krankenhausgesellschaften.

86. Nach § 84 Abs. 1 SGB V vereinbaren die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den KVen ein Ausgaben-volumen für die Arznei- und Heilmittel sowie in diesem Kontext auch Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele. Dabei gelang die Einhaltung des Sollbudgets für Arznei- und Heilmittel, wie auch Abbildung 2 andeutet, seit Ende der neunziger Jahre in vielen KVen nicht mehr, was zu zahlreichen Verfahren vor den Schiedsämtern führte. Unabhängig davon, dass dezentrale Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Ärzten die jeweilige Situation besser berücksichtigen und deshalb hier zu allokativ adäquateren Ergebnissen führen können, vermögen sie das sektorale Volumen der Arznei- und Heilmittelausgaben kaum zu steuern. Sofern dezentrale Verhandlungsprozesse, z. B. im Rahmen der integrierten Versorgung, in einem relevanten Umfang zunehmen, impliziert dies ein Abrücken von der sektoralen Budgetierung. Die KVen können nicht die Ausgaben für Behandlungsarten steuern, für die sie keine Kompetenzen mehr besitzen. Insofern birgt der Übergang zu anderen Steuerungsmechanismen im Hinblick auf die veranlassten Leistungen eher noch größere fiskalische Risiken.

87. Die KVen vertreten die ihnen angehörenden Ärzte nach außen zwar als ein einheitliches Organ, sie stellen allerdings, wie schon oben in Abschnitt 2.3.3 angedeutet, hinsichtlich der ökonomischen Effekte, die sie im Rahmen ihrer Verhandlungen mit den Krankenkassen erzeugen, keine Monopole dar. Ein Monopolist fixiert autonom einen Preis, der über dem wettbewerblichen liegt, und schließt damit bestimmte Nachfrager vom Konsum des Gutes aus. Diese Nachfrager, die bei einem niedrigeren Preis in den Genuss des Gutes gekommen wären, erleiden dadurch Wohlfahrtsverluste. Das Vergütungssystem im Bereich der ambulanten vertragsärztlichen Behandlung führt infolge der sektoralen Budgetierung fast zu umgekehrten Ergebnissen wie im ökonomischen Monopol, d. h. zu einem Punktwert- bzw. Preisverfall bei beschleunigter Mengenexpansion. Das Problem bilden hier nicht die zu hohen Preise, sondern die – teilweise schon medizinisch bedenkliche – Mengenausweitung im Zuge eines ‚Hamsterradeffektes‘.

Zu prüfen bliebe in diesem Kontext noch, ob sich die KVen wie ein ökonomisches Kartell verhalten und auf diese Weise die Vergütung ihrer Mitglieder beeinflussen können. Ein Kartellverhalten zielt typischerweise darauf ab,

- den Zutritt potenzieller Mitglieder zu verhindern, zumindest einzuschränken und
- bei steigender Mitgliederzahl die daraus resultierenden Effekte auf das Einkommen zu begrenzen.

In diesem Zusammenhang zeigt eine international vergleichende Studie, dass es den deutschen Ärzten mit am wenigsten gelang, sowohl das Wachstum der Ärztedichte zu begrenzen, als auch die damit einhergehende Verschlechterung ihrer relativen Einkommen zu verhindern (vgl. Zweifel, P. u. Grandchamp, Ch. 2002). Zu einem ähnlichen Ergebnis führt ein Vergleich der Einkommensentwicklung praktischer Ärzte in Westdeutschland, Österreich und den Niederlanden zwischen 1989 und 1998 (vgl. Waldner, G. 2001). Diese Überlegungen und Fakten erklären auch den vergleichsweise moderaten Anstieg der Ausgaben für ambulante Behandlung in der GKV.

2.5.3 Allokative Gesichtspunkte

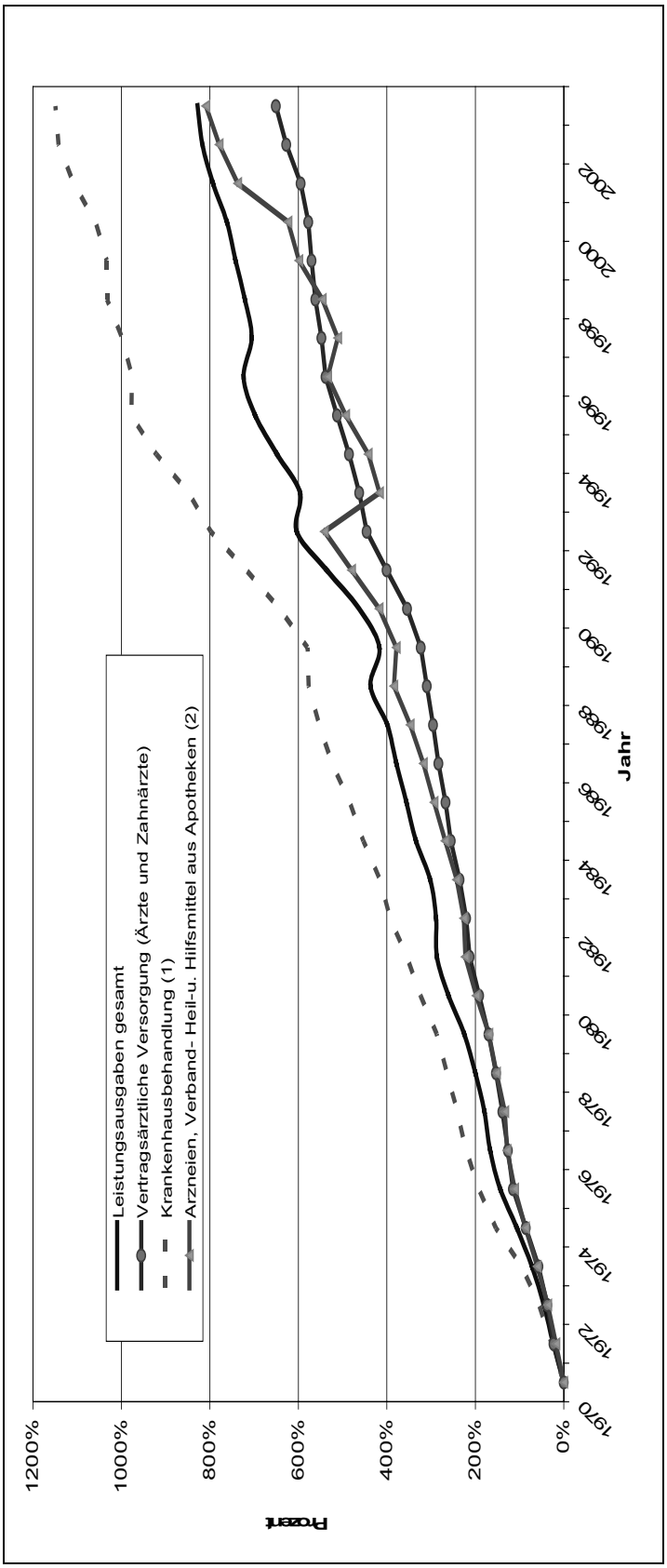
88. Unabhängig davon, wie man die Vor- und Nachteile der korporativen Koordination gewichtet und ihre komparative Leistungsfähigkeit im Vergleich zu anderen Allokationsmechanismen beurteilt, fällt auf, dass die Verhandlungsprozesse der beteiligten Organisationen nach innen wie auch nach außen in den letzten Jahren zunehmend konfliktreicher, mühsamer und ergebnisärmer verliefen. Dies gilt innerhalb dieser Organisationen nicht nur für die Krankenkassen, bei denen Interessengegensätze, z. B. im Hinblick auf den Risikostrukturausgleich und den Leistungskatalog der GKV, zwischen den Kassenarten als

[20] Dabei kann hier offen bleiben, ob es sich bei der Beitragssatzstabilität in jedem Fall um ein sinnvolles gesamtwirtschaftliches Ziel handelt.

[21] Diese Feststellung gilt unbeschadet der allokativen Problematik einer sektoralen Budgetierung.

Abbildung 2

Wachstum der GKV-Leistungsausgaben (alte Bundesländer)



Ab 1995 einschließlich Berlin-Ost.
1) Ab 1989 ohne Behandlung in Kur- und Spezialeinrichtungen.
2) Ab 2001 einschl. Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen; abzgl. Arzneimittelrabatte.
Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2004, eigene Berechnungen, eigene Darstellung

auch innerhalb dieser verstärkt auftraten, sondern noch mehr für die KVen. Die Resultate der inneren Verteilungskämpfe um die angemessene Vergütung spiegelten nicht selten die Ergebnisse der vertragsärztlichen Selbstverwaltungswahlen wider. Die Janusköpfigkeit der KVen, die einen Spagat zwischen Interessenvertretung und Ausübung hoheitlicher Aufgaben in Bezug auf denselben Personenkreis verlangt, machte sich vor allem in den letzten Jahren in allokativer Hinsicht negativ bemerkbar. Die inneren Koordinationsprobleme von Krankenkassen und KVen belasteten zwangsläufig die Gemeinsame Selbstverwaltung, die sich bei engeren Ressourcen- bzw. Verteilungsspielräumen ohnehin mit zunehmenden Problemen konfrontiert sah. Die seinerzeitigen Auseinandersetzungen um den Rahmenvertrag zur integrierten Versorgung nach § 140a ff. SGB V stellen ein typisches Beispiel für defizitäre Verhandlungsprozesse dar. Diese Schwachstellen bildeten neben grundsätzlichen ordnungspolitischen Überlegungen den Anlass, die korporative Koordination und mit ihr die Existenzberechtigung der KVen auf den Prüfstand zu stellen, d. h. hier alternative Steuerungsreformen zu erwägen.

Die Beurteilung der komparativen Leistungsfähigkeit korporativer Koordination fiel, wie bereits erwähnt, bis ca. Mitte der neunziger Jahre auch in allokativer Hinsicht noch erheblich besser – teilweise diametral zu heute – aus. Obgleich die korporative Koordination tendenziell einen strukturkonservativen Hang zum Status quo aufweist, stellten sich die KVen in der Vergangenheit über einen relativ langen Zeitraum innovativen Entwicklungen keineswegs grundsätzlich entgegen, sondern förderten diese vielfach noch. Mitte der achtziger Jahre konnte T. Thiemeyer (1986, S. 268) über die korporative Koordination insofern das folgende, damals in seiner Tendenz wohl zutreffende Fazit ziehen: „Die Selbstverwaltungsbürokratien auf beiden Seiten haben sich als überraschend einfallsreich erwiesen, wahrscheinlich die ständische SV der Ärzte mehr als die soziale SV der Kassen: Die strategische Elastizität in Hinsicht auf politische und ökonomische Gegebenheiten, die Sensibilität, mit der die Ärztefunktionäre politischen Eingriffen des Gesetzgebers in Situationen, die als ‚krisenhaft' erscheinen, durch subtil kalkuliertes, scheinbar überraschendes Entgegenkommen begegneten, verdiente…der subtilen Analyse". Diese Feststellung trifft zumindest teilweise auch noch für das Verhalten der KVen bei Einführung von Strukturverträgen und Modellvorhaben Mitte der neunziger Jahre zu. Die wenigsten KVen blockierten entsprechende Vorhaben der Krankenkassen, die meisten zeigten sich kooperativ und einige arbeiteten innovativ an der Entwicklung neuer Versorgungskonzepte mit. Dabei mag im Hinblick auf die Beweggründe offen bleiben, ob dieses adaptive Verhalten innovativen Intentionen entspricht oder einem Kontrollverhalten, das den Status quo in beherrschbarer Weise nur inkrementell verändert sehen möchte.

89. Wenn die Beurteilung eines Koordinationsinstruments einschließlich seiner tragenden Institutionen in einem Zeitraum von ca. zehn Jahren derart differiert, d. h. von ‚Vorfahrt für die Selbstverwaltung' in die Forderung nach ihrer (weitgehenden) Suspendierung umschlägt, hängt dies in der Regel auch von exogenen Faktoren ab, die aus der gesellschaftlichen und ökonomischen Umwelt auf das betreffende System einwirken. Die ärztliche Gesamtvergütung nahm zwar seit Mitte der achtziger Jahre im Vergleich mit den Aufwendungen für die anderen Behandlungsarten moderat zu, eröffnete aber gleichwohl bis etwa Mitte der neunziger Jahre noch einen Spielraum für inkrementelle Umverteilungen zwischen Arztgruppen. Die strukturell und konjunkturell bedingte Wachstumsschwäche der beitragspflichtigen Einnahmen führte in den letzten Jahren in Verbindung mit dem Postulat der Beitragssatzstabilität und der Intensivierung des Wettbewerbs der Krankenkassen zu Steigerungen der vertragsärztlichen Vergütung, die unterhalb des Wachstums der Löhne und damit der Kosten von Praxen lagen. Die dadurch ausgelösten verschärften Verteilungskämpfe belasteten sowohl die Honorarvereinbarungen zwischen den Krankenkassen und KVen als auch Konsensprozesse innerhalb der ärztlichen Korporationen.

Neben dem schwachen Wachstum der budgetierten Gesamtvergütung traten noch folgende spezielle Faktoren hinzu, die allfällige Konsensprozesse innerhalb der KVen sowie die Vertragsverhandlungen zwischen diesen und den Krankenkassen belasteten:

- Die Niederlassungswelle im Jahre 1993 führte infolge der gedeckelten Budgets zu einer Abschwächung der durchschnittlichen Vergütungen.
- Die starre Budgetierung trug dem Morbiditätsrisiko und dem medizinisch-technischen Fortschritt nicht hinreichend Rechnung.
- Die Aufteilung in ein haus- und ein fachärztliches Budget verschärfte in Verbindung mit der starken Zunahme psychotherapeutischer Leistungen die Verteilungskämpfe innerhalb der Fachärzte. Diese Segmentierung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zielt auf eine Förderung der hausärztlichen Tätigkeit ab, widerspricht jedoch dem (Subsidiaritäts-)Prinzip der ärztlichen Selbstverwaltung und auch der ursprünglich verfolgten Idee eines Globalbudgets für alle Behandlungsleistungen.
- Die Integration der Leistungen von psychologischen Psychotherapeuten ging einseitig zu Lasten der fachärztlichen Vergütungen. Dies fiel umso mehr ins Gewicht, als die Leistungen von psychologischen Psychotherapeuten bei einem gesetzlich bzw. richterlich garantierten Mindestpunktwert in einigen KVen enorm anstiegen.
- Der Gesetzgeber übertrug den KVen auch die Aufgabe, die Ausgaben für Arznei- und Heilmittel global – und teilweise strukturell – zu steuern. Dabei drohten seit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 im Falle einer Überschreitung dieser veranlassten Leistungen Abzüge an den Gesamtvergütungen. Obgleich die diversen Überschreitungen dieser Budgets bzw. Volumina nie zu Regressen führten, belasteten sie die Vertragsverhandlungen zwischen Krankenkassen und KVen und führten zu zahlreichen Auseinandersetzungen vor den Schiedsämtern.

90. Im Hinblick auf die Grenzen zwischen staatlicher Steuerung und korporativer Koordination überantworteten die politischen Entscheidungseinheiten die Abgrenzung des Leistungskatalogs der GKV zunehmend der Gemeinsamen Selbstverwaltung. Dies gilt sowohl für die ehemaligen Bundesausschüsse der Ärzte bzw. Zahnärzte und Krankenkassen als auch und noch verstärkt für den Gemeinsamen Bundesausschuss. Dieser besitzt die Kompetenz, Leistungen zu Lasten der GKV auszuschließen oder einzuschränken (vgl. Hess, R. 2005). In Zeiten, in denen sich die Lücke zwischen dem medizinisch Machbaren und individuell Wünschbaren und dem ökonomisch Finanzierbaren bzw. akzeptierten Ressourcenaufwand ständig vergrößert, bedeutet dies letztlich die Verlagerung unpopulärer Entscheidungen von politischen auf korporative Entscheidungseinheiten. Die politischen Entscheidungseinheiten befinden sich hier in der komfortablen Position, nur in Streit- oder Notfällen eingreifen zu müssen.

KVen und Krankenkassen bemühten sich in der Vergangenheit mit wechselndem Erfolg um eine Abgrenzung jener Leistungen, die in den Katalog einer solidarisch finanzierten Krankenversicherung gehören. In diese Prozesse der Schwerpunkt- und Prioritätenbildung flossen bei den Gremien der Selbstverwaltung zweifellos auch Gruppeninteressen ein, wie z. B. Wettbewerbsaspekte bei den Krankenkassen und Vergütungsfragen bei den ärztlichen Organisationen. Gleichwohl zeigen die Erfahrungen, dass die im Zuge einer gesetzlichen Delegation beauftragten Gremien der Selbstverwaltung eher dazu neigen, den Umfang der Leistungen einzugrenzen und den Leistungskatalog restriktiver zu fassen als die parlamentarischen bzw. politischen Gremien. Im Unterschied zu den korporativen Organisationen, die auch eine größere Sachkunde und Sachnähe besitzen, müssen politische Entscheidungseinheiten bei allfälligen Leistungskürzungen Stimmenverluste befürchten. Unabhängig von staatsrechtlichen Aspekten spricht aus allokativer Sicht wenig dafür, dass politische Entscheidungseinheiten den Leistungskatalog der GKV sachgerechter als korporative Gremien abgrenzen.

91. Die größten Defizite der korporativen Koordination bestehen in allokativer Hinsicht in der zuletzt schwachen Innovationsfähigkeit und in der noch immer unbefriedigenden Qualitätssicherung. Die Qualitätssicherung kommt flächendeckend[22] nur mühsam und häufig nur durch erheblichen Druck von außen auf ein akzeptables Niveau. Dabei weist der ambulante vertragsärztliche Sektor die Besonderheit auf, dass hier mit den Kammern und den KVen zwei korporative Organisationen Aufgaben der Qualitätssicherung wahrnehmen. In der übrigen Wirtschaft obliegen diese Aufgaben weitgehend den Kammern. Während sich die Kompetenz der KVen auf den ambulanten vertragsärztlichen Bereich beschränkt, besitzen die Ärztekammern grundsätzlich die Befugnis, sektorübergreifend für die Sicherung einer (Mindest-)Qualität zu sorgen. Eine solche sektorübergreifende Qualitätssicherung bildet – neben einheitlichen Vergütungssystemen – auch eine notwendige Voraussetzung für einen fairen Wettbewerb an den Schnittstellen zwischen ambulantem und stationärem Bereich sowie den übrigen Behandlungssektoren. Die schwache Innovationsfähigkeit zeigte sich zuletzt u. a. in dem schleppenden Start der integrierten Versorgung nach § 140a ff. SGB V.[23]

Diese Defizite wurzeln, wie bereits in Abschnitt 2.3.2 erwähnt, u. a. darin, dass die KVen und Kammern Aufsichtsfunktionen über ihre Mitglieder ausüben, die andererseits die Vorstände bzw. Spitzen dieser Korporationen wählen. Dies führt bei rationalem Verhalten zwangsläufig dazu, dass sich diese Organisationen an den Präferenzen der Mehrheit ihrer Mitglieder – und nicht an denen einer innovativen Minderheit – orientieren. Die Vertretung der Mehrheit ihrer Mitglieder bildet zwar eine legitime und wichtige Aufgabe von KVen und Kammern, denn sie internalisiert zahlreiche innerärztliche Probleme, sie ist aber keine günstige Voraussetzung für innovative Leistungen auf einem deutlich überdurchschnittlichen Niveau. Diese Aufgabe kann aber subsidiär ein dezentraler Wettbewerb übernehmen, in dem die Krankenkassen entsprechende finanzielle Anreize setzen. Für einen solchen Qualitätswettbewerb bietet sich derzeit die integrierte Versorgung an, die im Falle qualitativ positiver Erfahrungen, d. h. auf der Grundlage überzeugender Evaluationen, auch weiterhin eine Förderung verdiente.

Um den Qualitätswettbewerb zu fördern, sollte die integrierte Versorgung auch jenen Ärzten und Krankenhäusern offen stehen, die zwar derzeit nicht über eine Kassenzulassung verfügen, aber die Qualitätsnormen erfüllen bzw. durch Zertifizierungen nachweisen können. Es erscheint unter Qualitätsaspekten schwer einsichtig, Leistungserbringer grundsätzlich von der Versorgung zu Lasten der GKV auszuschließen, die nachweislich eine effizientere und/oder effektivere bzw. qualitativ höherwertige Leistung als solche erbringen, die mehr oder weniger zufälligerweise als ‚beati possedentes' eine einmal erworbene Zulassung besitzen. Sofern ein solcher Qualitätswettbewerb im Rahmen eines steigenden Anteils der integrierten Versorgung einen kleinen Anteil – z. B. 5 % – des ambulanten und stationären Sektors erreicht, dürfte er – auch im Zuge einer Diffusion – schon in nennenswertem Ausmaß auf das Gesamtsystem durchschlagen. Dabei könnte ein spezieller Qualitätswettbewerb an den Schnittstellen der heute wettbewerblich noch weitgehend abgeschotteten Sektoren diese angestrebte Entwicklung noch beschleunigen bzw. intensivieren.[24]

[22] Dies schließt entsprechende Aktivitäten in einigen KVen und Krankenhäusern nicht aus.

[23] Dies besitzt insofern auch einen positiven Aspekt, als die Gewährung einer Anschubfinanzierung offensichtlich nicht den Start einer Fülle von qualitativ fragwürdigen Projekten induzierte.

[24] In diesem Kontext bietet sich auch eine Einbeziehung der Hochschulambulanzen an, die besonders im Rahmen der integrierten Versorgung für die Behandlung komplexer Krankheitsbilder über günstige Voraussetzungen verfügen (siehe Lauterbach, K.W. et al. 2003).

2.5.4 Selektives Kontrahieren und korporative Koordination im Wettbewerb

92. Eine Beurteilung der Leistungsfähigkeit korporativer Koordination fällt, wie oben dargelegt, nach den gewählten Zielaspekten und dem Beobachtungszeitraum unterschiedlich aus. Für ihre völlige Abschaffung, d. h. für den sofortigen Übergang zu anderen Steuerungsmechanismen, wie z. B. dezentralen Wettbewerbsprozessen, sprechen derzeit weder theoretische Überlegungen noch empirische Fakten. Im Hinblick auf die komparativen Vor- und Nachteile eines umfassenden Systems selektiven Kontrahierens gibt es für Deutschland nahezu keine belastbaren Daten und auch international nur eine schwache Informationsbasis, deren Auswertung zudem nur sehr eingeschränkt Schlüsse auf die deutschen Verhältnisse erlaubt. Andererseits sprechen allokative Aspekte, insbesondere solche der Innovationsfähigkeit und Qualitätssteigerung dafür, die korporative Koordination um andere Steuerungsmechanismen zu ergänzen, d. h. sie mit dezentralen Wettbewerbsprozessen zu konfrontieren. In diesem Kontext stellt auch die Auflösung der KVen keinen Selbstzweck dar. Es geht vielmehr darum, über eine stärkere Gewichtung dezentraler Wettbewerbsprozesse der Tendenz entgegenzuwirken, dass die korporative Koordination bzw. die sie tragenden Organisationen effizienz- und effektivitätssteigernde innovative Prozesse behindern.

Der anvisierte Ordnungsrahmen versucht, dezentrale Wettbewerbsprozesse in einen kollektiv-rechtlichen Rahmen einzubinden.[25] Dabei obliegt den kollektiven Entscheidungseinheiten:

- die Sicherstellung einer hochwertigen flächendeckenden Versorgung,
- die Sicherung des Zugangs zu dieser Versorgung unabhängig von Einkommen oder sozialem Stand,
- die bedarfsgerechte Zulassung zur Leistungserbringung,
- die Fortschreibung des Leistungskataloges, d. h. die Prüfung und Zulassung neuer und die Eliminierung obsoleter Behandlungsverfahren,
- die Formulierung von möglichst hohen Mindeststandards für Qualität und Wirtschaftlichkeitsprüfungen,
- der Erhalt von Wahlmöglichkeiten der Versicherten,
- die Festlegung von generellen, möglichst qualitätsorientierten, Vergütungssystemen, d. h. solchen, die gelten, wenn keine Einzelverträge zustande kommen, sowie
- die Festlegung von Mindestanforderungen an die Dokumentation.

93. Bei der Auflistung der Schwächen sowie bei der Beurteilung der komparativen Leistungsfähigkeit korporativer Koordination stehen in der Regel fiskalische und allokative und weniger verteilungspolitische Kriterien im Vordergrund. Bei einem völligen Übergang zu einzelvertraglichen Regelungen kann es allerdings in wesentlich stärkerem Maße als im kollektivvertraglichen System zu vertragsbedingten Varianzen bei der Qualität der medizinischen Versorgung kommen. Um hier eine flächendeckende Versorgung auf einem hohen (Mindest-)Niveau sicherzustellen, bedarf es verstärkter externer Kontrollen entweder durch die Ärztekammer[26] oder durch staatliche Organe. Im ersten Fall verbleibt die Verantwortung für eine flächendeckende Sicherstellung der Qualität eine korporative Aufgabe, im zweiten nehmen staatliche Organe diese Funktion wahr, was wiederum neue Probleme vornehmlich administrativer und fachlicher Art aufwirft. In beiden Fällen gehen diese Kontrollen mit einem zusätzlichen Ressourcenbedarf einher.

Auch unabhängig von externen Qualitätskontrollen verursacht ein flächendeckender Übergang zu einzelvertraglichen Regelungen höchstwahrscheinlich deutlich höhere Transaktionskosten. Kleinere Krankenkassen oder solche, die in bestimmten Regionen nur wenige Versicherte besitzen, könnten den Sicherstellungsauftrag im Rahmen des Sachleistungsprinzips kaum mit vertretbarem Aufwand übernehmen. Diese Feststellung gilt auch für den (wahrscheinlichen) Fall, dass sich der Konzentrationsprozess innerhalb der Krankenkassen weiter fortsetzt. Um gleichwohl wettbewerbsfähig zu bleiben, dürften sich kleine und mittelgroße Krankenkassen – ähnlich wie auf der Gegenseite die Ärzte – zu Vertragsgemeinschaften zusammenschließen, so dass letztlich auch wieder kollektive Akteure zu Vertragsvereinbarungen kommen. Sofern dies auf der Ebene der heutigen Kassenarten geschieht und es den Ärzten gelingt, sich in einigen wenigen, straff geführten Organisationen zusammenzuschließen, verhandeln dann hochaggregierte Kollektive im engen Oligopol. Der zentrale Unterschied zum geltenden System besteht dann noch darin, dass diese Verhandlungen nicht auf kollektiv-, sondern auf einzelvertraglicher Grundlage stattfinden und den Akteuren die Instrumente des Arbeitskampfes zur Verfügung stehen.

Der völlige oder teilweise Übergang zu selektiven Verträgen kann auch zu einer Vertragsvielfalt führen, die Patienten und Versicherte verwirrt und Ärzte vor kaum zu bewältigende logistische Probleme stellt. Sofern z. B. eine regionale Versorgungslandschaft für einen multimorbiden Diabetiker zugleich ein Disease Management-Programm Diabetes, kassenspezifische Hausarztmodelle mit und ohne Bonusinhalte, die gesonderte Behandlung bestimmter Zusatzerkrankungen in spezialärztlichen Netzen und einen interdisziplinären Praxisnetzverbund gleichzeitig vorhält bzw. anbietet, schafft diese Zersplitterung der Vertragslandschaft eine Intransparenz, die viele Patienten bei der Suche nach der für sie am besten geeigneten Versorgung überfordern dürfte. Diese Orientierungslosigkeit

[25] Die Verantwortung für eine menschenwürdige Krankenversorgung liegt in letzter Konsequenz beim Staat und lässt sich bereits aus dem Grundgesetz ableiten. Der Staat kann aber weite Bereiche dieser Aufgabe im Sinne des Subsidiaritätsprinzips und zu seiner administrativen Entlastung an dafür geeignete Organisationen delegieren.

[26] Im Rahmen der Qualitätssicherung kann eine Stärkung bzw. dominantere Rolle der Ärztekammern auch im geltenden System zur Diskussion stehen.

droht noch zuzunehmen, wenn vielfältige Vertragsbedingungen der Krankenkassen, wie z. B. Zusatz- und Sonderverträge, hinzutreten und den Patienten bzw. Versicherten weitere Entscheidungen abverlangen. Die Vielfalt des Versichertenstatus der Patienten konfrontiert die Ärzte mit dem Problem, bei jedem Versicherten abzuklären, in welcher vertraglichen Verbindung er zu seiner Krankenkasse steht und welche speziellen Konsequenzen sich hieraus für seine Behandlung ergeben. Diese verwirrende Vielfalt der Versorgungsangebote bindet nicht nur zusätzliche Ressourcen, sondern mindert mit zunehmender Heterogenität und Desorientierung der Patienten bzw. Versicherten auch die Wettbewerbsintensität.

94. In gesundheitspolitischen Diskussionen beklagten Vertreter der Krankenkassen in der Vergangenheit häufig zu Recht ihr begrenztes Spektrum an Wettbewerbsparametern und verlangten in diesem Zusammenhang auch variablere Kontrahierungsmöglichkeiten mit den Ärzten bzw. Leistungsanbietern. Sofern der Gesetzgeber den Krankenkassen aber solche Möglichkeiten eröffnete, nahmen sie diese nicht selten kaum oder nur halbherzig wahr. Auch zeigen z. B. die bisherigen Erfahrungen mit den strukturierten Behandlungsprogrammen bei chronischen Krankheiten nach § 137f-g SGB V, dass sich die Krankenkassen, um eine flächendeckende Erfassung der chronisch Kranken zu erreichen, zur Umsetzung dieser Disease Management-Programme mit ganz wenigen – eher zufälligen bzw. situationsbedingten – Ausnahmen nicht an einzelne ärztliche Gruppierungen wandten, sondern meist mit den KVen kooperierten. Die Neigung oder auch Fähigkeit der Krankenkassen, die bestehenden Gestaltungsmöglichkeiten im Sinne wettbewerblicher Chancen zu nutzen und u. a. mit einem kleineren Kreis besonders qualifizierter Ärzte zu besonderen Bedingungen zu kontrahieren, erschien bisher entgegen allen offiziellen Verlautbarungen nicht sehr ausgeprägt.

95. Unbeschadet ihrer dargelegten, vornehmlich allokativen Nachteile schließt die korporative Koordination dezentrale, insbesondere regionale Monopole einzelner Anbieter aus. Bei flächendeckendem selektivem Kontrahieren könnten Zusammenschlüsse von einigen wenigen (vor allem Gebiets-)Ärzten in schwach besiedelten Gebieten eine regionale Monopolstellung einnehmen und diese bei Vergütungsverhandlungen gegenüber den Krankenkassen ausnutzen. Versicherte und Patienten wechseln wahrscheinlich eher eine Krankenkasse als einen Arzt, dem sie seit Jahren ihr Vertrauen schenken (vgl. auch Oberender, P. u. Ecker, T. 1977). Bei der Frage, wann bzw. ob ein regionales Angebotsmonopol vorliegt, geht es dann vornehmlich um die ökonomisch und rechtlich höchst strittige Abgrenzung des jeweils relevanten Marktes,[27] was dann zunehmend Gegenstand kartellrechtlicher Verfahren werden dürfte. Insgesamt gesehen sprechen alle diese Aspekte dafür, die dezentralen Wettbewerbsprozesse in einem kollektivrechtlichen Rahmen stattfinden zu lassen.

Innerhalb dieses kollektiven Rahmens können dann Krankenkassen mit Leistungsanbietern selektive Einzelverträge abschließen, die u. a. andere Versorgungsformen, höhere Qualitätsstandards und auch abweichende Vergütungsformen vorsehen (vgl. Epsen, I. et al. 2003.).[28] Qualifizierte und effiziente Leistungsanbieter verfügen dann gegenüber den Krankenkassen über eine gute Verhandlungsposition, um für sie günstige Verträge auszuhandeln. Die jeweilige öffentliche Ausschreibung durch die Krankenkasse muss transparente, nachprüfbare Auswahlkriterien enthalten. Eine marktbeherrschende Krankenkasse darf mit den Leistungserbringern keine Ausschlussverträge vereinbaren, kann ihre Nachfragemacht bzw. Kapazitätsauslastung aber in Grenzen, d. h. jenseits von Missbrauch, bei Vergütungsvereinbarungen geltend machen. Ein grundsätzliches Zutrittsrecht zu diesem Vertrag von Seiten anderer Krankenkassen widerspricht wettbewerblichen Grundsätzen und hemmt die Innovationsbereitschaft. Den Leistungserbringern steht es frei, die angebotenen Einzelverträge zu vereinbaren oder ausschließlich im ‚kollektiven Rahmen' zu bleiben.

Mit zunehmender quantitativer Bedeutung der Einzelvertragsverhältnisse würde ein Verzicht von Leistungserbringern, solchen Verträgen beizutreten, allerdings mit ökonomischen Einbußen und wahrscheinlich mit einem Ausscheiden aus dem Markt einhergehen. Die Einzelverträge können insofern sowohl unmittelbar bei den Leistungserbringern in den betreffenden selektiv gebildeten Versorgungsnetzen als auch mittelbar im Gesamtsystem eine qualitätssteigernde Steuerungsfunktion ausüben. Die im Zuge dezentraler Wettbewerbsprozesse entstandenen Netze stehen sowohl untereinander als auch mit dem übrigen bzw. kollektivvertraglichen System in Konkurrenz. Im Zuge dieser Wettbewerbsprozesse dürften dann bei hinreichender Transparenz die Ergebnisse, insbesondere die Versorgungsqualitäten darüber entscheiden, ob und wie zügig der Anteil am Versorgungsgeschehen zunimmt, den dezentrale Wettbewerbsprozesse bzw. die entsprechenden Netze auf sich vereinen. Dieser Anteil stellt aber selbst keine Zielgröße, sondern das Resultat eines zielorientierten Prozesses dar.

2.6 Fazit und Empfehlungen

96. Der Korporativismus beruht auf Vereinbarungen, die Organisationen als private Verbände oder Körperschaften des öffentlichen Rechtes schließen. Die korporative Koordination stellt neben dem Markt- und Preismechanismus und der öffentlichen Planung bzw. der staatlich-administrativen Steuerung einen gesamtwirtschaftlichen Allokationsmechanismus dar. Sie spielte als Koordinationsinstrument eine dominante Rolle in der

[27] Im Hinblick auf die Krankenkassen lässt sich diese Frage vergleichsweise leichter beantworten. Die meisten Ortskrankenkassen nehmen z. B. gegenüber den ambulanten Ärzten und den regionalen Krankenhäusern, nicht aber gegenüber weltweit agierenden Arzneimittelfirmen eine marktbeherrschende Stellung ein.

[28] Insoweit trägt eine Intensivierung dezentraler Wettbewerbsprozesse, die innerhalb eines kollektiv-rechtlichen Rahmens ablaufen, auch den Intentionen des Minderheitsvotums (s. oben unter 2.5.1 Alternative Steuerungsmechanismen und Beurteilungskriterien) Rechnung.

mittelalterlichen Zunftwirtschaft und erlebte nach dem ersten Weltkrieg in mehreren Ländern eine Renaissance.

97. Wie in anderen Wirtschaftsbereichen versuchen auch im Gesundheitswesen zahlreiche Verbände im politischen Prozess ihre partikularen Interessen durchzusetzen und damit spezielle Allokationsentscheidungen zu beeinflussen. Das deutsche Gesundheitswesen beinhaltet mehr als jeder andere Wirtschaftssektor eine Fülle von korporativen Elementen. Die Gemeinsame Selbstverwaltung im Rahmen der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung bildet ein ‚Paradebeispiel' einer korporativen Koordination. Die im deutschen Gesundheitswesen feststellbaren Fehlallokationen und die vor allem in den letzten Jahren langwierigen und ergebnisarmen Abstimmungsprozesse im Rahmen der Gemeinsamen Selbstverwaltung ließen Zweifel an der Leistungsfähigkeit der korporativen Koordination und in diesem Kontext auch an der Existenzberechtigung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) aufkommen.

98. Bei einer Beurteilung der korporativen Koordination gilt es in rechtlicher wie in ökonomischer Hinsicht zunächst zu unterscheiden, ob es sich bei den jeweiligen Organisationen um private Verbände oder um Körperschaften des öffentlichen Rechtes handelt. Während private Verbände ihre gruppenspezifischen Interessen gegenüber politischen Entscheidungseinheiten vertreten, erhalten die Körperschaften des öffentlichen Rechtes hoheitliche Rechte zur Erfüllung öffentlicher Aufgaben übertragen. Obgleich die korporative Koordination gewisse konstitutive Vor- und Nachteile aufweist, legen auch ordnungspolitische Aspekte nahe, zwischen den Schwachstellen eines Verbändestaates und den korporativ bedingten Fehlallokationen im deutschen Gesundheitswesen zu differenzieren.

99. Eine ordnungspolitische Besonderheit des deutschen Gesundheitswesens besteht darin, dass auf seinen einzelnen Teilmärkten unterschiedliche Allokationsmechanismen vorherrschen. Während im ambulanten Bereich die korporative Koordination und im stationären Sektor die öffentliche Planung bzw. staatliche Administration jeweils als zentrale Steuerungsinstrumente dienen, koordiniert bei den Arznei- und den meisten Hilfsmitteln im Wesentlichen der Markt- und Preismechanismus die knappen Ressourcen. Dabei kann jedes dieser drei Koordinationsinstrumente auch subsidiär ein anderes ergänzen.

Wettbewerbsprozesse stellen zwar eine notwendige Bedingung für einen funktionsfähigen Markt- und Preismechanismus dar, laufen aber ebenfalls im Rahmen der staatlich-administrativen Steuerung und der korporativen Koordination ab. So konkurrieren z. B. Vertragsärzte innerhalb der KVen um Mandate, die u. a. eine (Mit-)Gestaltung der Vergütungssysteme ermöglichen, und als Leistungserbringer um Patienten. Varianten der korporativen Koordination können insofern auch unter Wettbewerbsaspekten zur Diskussion stehen und damit entsprechende Reformen nahelegen.

Allgemeine Schwachstellen des Korporativismus bestehen darin, dass

- die Vereinbarungen häufig zu Lasten nicht beteiligter Dritter gehen,
- die Organisationen, sofern sie ihre Marktposition durch den technischen Fortschritt gefährdet sehen, nur ein geringes Interesse an Neuerungen besitzen,
- die Verteidigung des Status quo zu Effizienzverlusten und Einbußen bei Wachstum und Beschäftigung führt und
- die Organisationen den vielfach fälschlichen Eindruck erwecken, allfällige Risiken klein halten oder absichern zu können.

100. Das Spektrum der korporativen Organisationen reicht von Ärztekammern und anderen Körperschaften des öffentlichen Rechtes, wie KVen und Krankenkassen, die mit staatlichem Auftrag hoheitliche Aufgaben wahrnehmen, bis zu privaten Verbänden, wie z. B. dem Hartmann Bund, dem Marburger Bund oder Verbänden der pharmazeutischen Industrie. Eine interessante Mittelstellung nehmen hier einige Organisationen des privaten Rechts ein, die zwar keine Zwangsmitgliedschaft aufweisen, aber bei der Erfüllung öffentlich-rechtlicher Funktionen mitwirken. Hierzu gehören u. a. die Bundesärztekammer, die Bundesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft.

101. Die Entwicklung korporativer Koordination folgte in den letzten ca. 30 Jahren keinem eindeutigen Trend, vielmehr lösten sich Phasen einer Stärkung und Schwächung ab, und teilweise fand auch gleichzeitig ein Aus- und Abbau korporativer Steuerungselemente statt. Während die korporative Koordination derzeit auf dem Prüfstand steht, orientierte sich das 2. GKV-Neuordnungsgesetz von 1997 noch an der Devise „Vorfahrt für die Selbstverwaltung". Den stärksten Zuwachs an korporativen Steuerungselementen verzeichnete der stationäre Sektor, u. a. mit einer deutlichen Aufwertung der Kompetenzen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Obwohl sie keine Körperschaft des öffentlichen Rechtes darstellt, übernahm der Ausschuss Krankenhaus vergleichbare Aufgaben wie der Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen im Rahmen der ambulanten Behandlung. Die DKG spielt auch im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) eine allokativ ähnliche Rolle wie z. B. die KBV. Der GBA bildet quasi eine zentrale korporative ‚Super-Organisation' mit erweiterten Vollmachten hinsichtlich der medizinischen Versorgung.

Gegenüber den Tendenzen in Richtung einer zentralisierten korporativen Steuerung nahmen sich die Reformen, die auf eine Substitution korporativer Elemente durch dezentrale Wettbewerbsprozesse zielten, vergleichsweise bescheiden aus. Hierunter fallen vor allem die Intensivierung des Wettbewerbs der Krankenkassen, die Modellvorhaben und Strukturverträge und einige Maßnahmen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes von 2004, insbesondere die Modifikation der integrierten Versorgung.

Es dürfte allerdings noch geraume Zeit dauern, bis die dezentralen Wettbewerbsprozesse einen relevanten Marktanteil erreichen.

102. Im Rahmen der korporativen Koordination verhindern vor allem folgende Inflexibilitäten effizienz- und effektivitäts- bzw. qualitätssteigernde Prozesse:

- Die Krankenkassen verfügen im Leistungs- und Vertragsbereich über zu geringe Gestaltungsmöglichkeiten.
- Die ambulanten Vertragsärzte fungieren nur als Anpasser hinsichtlich Menge oder Qualität der Leistungen, was bei starren Budgets einen ‚circulus vitiosus' in Richtung Über- und Fehlversorgung (‚Hamsterradeffekt') auslöst.
- Die Allokation im stationären Sektor leidet unter der dualen Finanzierung und unter Wettbewerbsverzerrungen infolge unterschiedlicher Finanzierung der jeweiligen Träger.
- Die Arzneimitteldistribution erfolgt mit dem Fremdbesitzverbot und dem sehr eingeschränkten Mehrbesitz immer noch in zunftähnlichen Vertriebsstrukturen.
- Die gemeinsame Selbstverwaltung erzielt zunehmend weniger tragfähige Kompromisse und wälzt die Entscheidungen auf die Schiedsämter bzw. staatliche Ersatzvornahmen ab.
- Die medizinisch wie ökonomisch fragmentierten Behandlungsarten setzen immer noch zu geringe Anreize für eine sektorübergreifende Versorgung und einen zielorientierten Wettbewerb an den Schnittstellen.

Um die Inflexibilitäten aufzubrechen, die der korporativen Koordination anhaften, bietet sich eine Integration von dezentralen Wettbewerbsprozessen in Form von selektiven Vertragsverhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern an. Dabei stellt der Wettbewerb auch im Gesundheitswesen keinen Selbstzweck, sondern ein Instrument dar, das vornehmlich allokativen und distributiven Zielsetzungen dient. Unter geeigneten Rahmenbedingungen vermag der Wettbewerb der Krankenkassen um Versicherte bzw. Patienten bei den Leistungserbringern die Effizienz zu steigern und die Suche nach effektiveren, d. h. auch versicherten- und patientengerechteren, Angeboten anzuregen. Dabei setzt eine funktionsgerechte Intensivierung des Wettbewerbs auf der Ebene der Leistungserbringer ein flexibles Vertragsrecht voraus.

103. Im Rahmen dezentraler Wettbewerbsprozesse gründet sich die Tätigkeit der Leistungserbringer nicht mehr auf einmalige Zulassungsakte, sondern auf selektive Verträge mit einzelnen Krankenkassen. Diesen Verträgen setzt mit dem Ziel eines fairen Wettbewerbs das deutsche und europäische Wettbewerbs- und Vergaberecht gewisse Grenzen. Das SGB V schließt zwar in § 69 Abs. 1 die Geltung des deutschen Wettbewerbsrechts für die Beziehungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern aus, es gilt aber das höherrangige europäische Wettbewerbsrecht. Zudem bindet ihr hoheitlicher Status die Krankenkassen an spezielle Normen des Grundgesetzes, z. B. den allgemeinen Gleichheitssatz und die Berufsfreiheit. Analog zum Kartellrecht zielt das nationale und europäische Vergaberecht auf eine transparente, marktoffene und diskriminierungsfreie Vergabe von öffentlichen Aufträgen. Obwohl es sich bei selektivem Kontrahieren zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern zumeist nicht um öffentliche Aufträge handelt, bietet sich hier aus rechtlicher wie ökonomischer Sicht eine öffentliche Ausschreibung an, die transparente, objektivierbare und justiziable Kriterien beinhaltet.

104. Bei selektivem Kontrahieren entstehen in Form eines gestuften Verfahrens zwei Wettbewerbsebenen. Auf der ersten fragen die Krankenkassen nach gewissen Auswahlkriterien für ihr Versorgungsnetz Leistungserbringer nach und auf der zweiten bzw. unteren Ebene entscheiden sich dann die Patienten für bestimmte Leistungserbringer. Auf der ersten Ebene, die bei Kollektivverträgen entfällt, stehen Krankenkassen und Leistungserbringer wechselseitig in Konkurrenz um Verträge bzw. Vertragspartner, und auf der nachgelagerten Ebene konkurrieren die Leistungserbringer um Patienten. Um die Effekte der jeweiligen Prozesse abschätzen zu können, bedarf es zunächst einer Abgrenzung des jeweils wettbewerbsrelevanten Gesundheitsmarktes sowohl hinsichtlich des betreffenden Produktes als auch seiner räumlichen Dimension. Dabei hängt die Abgrenzung des Produktmarktes im Wesentlichen von der Substituierbarkeit des Gutes ab, während beim geographischen Markt häufig Nutzer- bzw. Patientenflüsse als Kriterium dienen.

105. Der (partielle) Übergang von Kollektivverträgen zu selektivem Kontrahieren setzt sowohl bei den Krankenkassen als auch bei den Leistungserbringern Anreize zu Zusammenschlüssen bzw. zu einer Intensivierung bereits vorhandener Konzentrationsprozesse. Dabei handelt es sich überwiegend um horizontale Konzentrationsprozesse, die a priori, d. h. ohne Bezug zur jeweiligen Markt- bzw. Wettbewerbskonstellation, weder eine positive noch eine negative gesamtwirtschaftliche Bewertung verdienen. Sie können die Effizienz und Effektivität u. a. durch Senkung der Transaktionskosten, Realisierung von Skalenerträgen, Abbau von Überkapazitäten, Förderung von Spezialisierungen und Risikostreuung erhöhen. Horizontale Zusammenschlüsse bergen andererseits die Gefahr, dass die fusionierten Anbieter ihre Marktmacht zum Schaden von Versicherten und Patienten ausnutzen.

Vertikale Zusammenschlüsse umfassen Anbieter von Leistungen, die auf verschiedenen, aber miteinander verbundenen Produktmärkten agieren, z. B. Krankenkassen, ambulante Ärzte und Krankenhäuser. Ihr Spektrum reicht von Fusionen oder Zukäufen über Exklusiv-, Koppelungs- und Meistbegünstigungsklauseln bis zu Gemeinschaftsprojekten. Vertikale Zusammenschlüsse können im Prinzip wie horizontale die Effizienz und Effektivität steigern, aber auch, vornehmlich auf Gesundheitsmärkten mit Zutrittsschranken, wettbewerbsfeindliche Wirkungen erzeugen. Unbeschadet dieser Gefahren bietet das deutsche Gesundheitswesen noch einen erheblichen Spielraum für dezentrale Wettbewerbsprozesse, die mit ge-

samtwirtschaftlichen Zielen harmonieren. Bei immer noch etwa 250 Krankenkassen und ca. 21 000 Apotheken sowie Regionen mit einer Überversorgung im stationären Bereich dürften zumindest horizontale Zusammenschlüsse tendenziell zu einer Steigerung der Effizienz und teilweise auch der Qualität führen.

106. Da alle gesamtwirtschaftlichen Koordinationsinstrumente ihre spezifischen Vor- und Nachteile aufweisen, legen Defizite der korporativen Koordination noch nicht zwingend ihren partiellen oder gar vollständigen Ersatz durch alternative Steuerungselemente nahe. Ob sich eine solche Substitution anbietet, hängt im Sinne gesamtwirtschaftlicher Ziele davon ab, inwieweit die alternativen Steuerungssysteme die fiskalischen, allokativen und verteilungspolitischen Funktionen per saldo besser erfüllen. So stehen die KVen auch nur dann zur Disposition, wenn andere Institutionen die entsprechenden Aufgaben effizienter und effektiver wahrnehmen können. In diesem Kontext gilt es auch zu berücksichtigen, dass eine Auflösung der KVen mit einer Stärkung bestehender und Gründung neuer ärztlicher Verbände privaten Rechtes einhergehen dürfte. Es steht zu erwarten, dass solche Verbände, ohne die Verpflichtungen einer Körperschaft des öffentlichen Rechtes und möglicherweise gewerkschaftlich organisiert, deutlich aggressiver verhandeln als die heutigen KVen. Im Gegensatz zu den KVen, die bei Vergütungsproblemen auch innerärztlich vermitteln, stellen z. B. einzelne fachärztliche Gruppierungen erheblich homogenere und damit durchsetzungsfähigere Einheiten dar.

107. Die Ausgaben der GKV für die vertragsärztliche ambulante Behandlung stiegen deutlich unterproportional zu den gesamten Leistungsausgaben und auch weitaus schwächer als die entsprechenden Aufwendungen für stationäre Behandlung und Arzneimittel an. Unabhängig von der Frage seiner allokativen Berechtigung ließ sich das fiskalische Postulat der Beitragssatzstabilität im Zuge der sektoralen Budgetierung mit Hilfe einer Körperschaft des öffentlichen Rechts vergleichsweise besser realisieren als im Bereich des stationären Sektors und der Arzneimittel durch alternative Steuerungssysteme. Dieser fiskalische Befund geht vor allem auf die Durchgriffsmöglichkeiten zurück, die eine solche Körperschaft im Unterschied zu privaten Verbänden bei der Vergütung gegenüber ihren Mitgliedern besitzt. Hinsichtlich der vertragsärztlichen Vergütungen zeigen sowohl theoretische Überlegungen als auch empirische Studien, dass die KVen keine monopol- oder kartellartigen Positionen einnahmen bzw. einnehmen konnten.

108. Im Rahmen der korporativen Koordination verliefen die Verhandlungsprozesse der beteiligten Organisationen nach innen wie außen in den letzten Jahren zunehmend konfliktreicher, mühsamer und ergebnisärmer. Dabei machte sich die Janusköpfigkeit der KVen, die einen Spagat zwischen Interessenvertretung und Ausübung hoheitlicher Aufgaben in Bezug auf denselben Personenkreis verlangt, vor allem in allokativer Hinsicht negativ bemerkbar. Dagegen fiel bis ungefähr Mitte der neunziger Jahre die Beurteilung der allokativen Leistungsfähigkeit korporativer Koordination noch deutlich positiver aus. Der Befund, dass innerhalb von ca. zehn Jahren das Pendel von ‚Vorfahrt für die Selbstverwaltung' in die Forderung nach ihrer – teilweisen oder weitergehenden – Suspendierung umschlug, hing auch von exogenen Faktoren ab, die verstärkt oder neuartig auf das System einwirkten. Hierzu gehören u. a. das schwache Wachstum einer budgetierten Gesamtvergütung, die Niederlassungswelle von 1993, die Aufteilung in ein haus- und fachärztliches Budget, die Integration der stark wachsenden Leistungen von psychologischen Psychotherapeuten sowie die Aufgabe der Steuerung von Arznei- und Heilmitteln. Die Effekte, die aus diesen Faktoren resultieren, belasteten sowohl die Konsensprozesse innerhalb der KVen als auch die Verhandlungen zwischen diesen und den Krankenkassen.

109. Die größten allokativen Defizite der korporativen Koordination bestehen derzeit in der schwachen Innovationsfähigkeit und der noch immer unbefriedigenden Qualitätssicherung. Diese Aufgaben können subsidiär dezentrale Wettbewerbsprozesse übernehmen, indem die Krankenkassen, z. B. im Rahmen der integrierten Versorgung, entsprechende finanzielle Anreize setzen. Um den Qualitätswettbewerb zu fördern, sollten auch jene Ärzte und Krankenhäuser teilnehmen können, die derzeit über keine Zulassung verfügen, aber die geforderten Qualitätsnormen erfüllen bzw. durch Zertifizierungen nachweisen. Sofern ein solcher Qualitätswettbewerb im Zuge eines steigenden Anteils inte-grierter Versorgung einen kleinen Anteil – z. B. 5 % – des ambulanten und stationären Sektors erreicht, dürfte er sich nicht nur für die jeweiligen Versicherten positiv auswirken, sondern auch auf das Gesamtsystem durchschlagen.

110. Für eine völlige Abschaffung der korporativen Koordination und der sie tragenden Organisationen sprechen derzeit weder theoretische Überlegungen noch empirische Fakten. Bei einem flächendeckenden Übergang zu einzelvertraglichen Regelungen drohen in wesentlich stärkerem Maße als im kollektivvertraglichen System Abweichungen im Qualitätsniveau der medizinischen Versorgung sowie höhere Transaktionskosten. Sofern sich kleinere und mittlere Krankenkassen, die den Sicherstellungsauftrag im Rahmen des Sachleistungsprinzips nicht mit vertretbarem Aufwand übernehmen können, zu größeren Gemeinschaften zusammenschließen und mit Ärzteverbänden verhandeln, stehen sich auch wieder kollektive Einheiten gegenüber. Im Zuge solcher Prozesse können sich sowohl auf Krankenkassen- als auch auf Ärzteseite enge Oligopole bilden, die dann zwar nicht auf kollektiv-, sondern auf einzelvertraglicher Grundlage Verhandlungen führen. Der völlige oder teilweise Übergang zu selektiven Verträgen kann auch zu einer Zersplitterung der Vertragslandschaft führen, die Patienten und Versicherte verwirrt und Ärzte vor kaum zu bewältigende administrative Probleme stellt. Andererseits sprechen Aspekte der Innovationsfähigkeit und der Qualitätssteigerung dafür, die korporative Koordination um dezentrale Wettbewerbsprozesse zu ergänzen bzw. sie mit diesen zu konfrontieren.

Gesamtwirtschaftliche Aspekte sprechen somit nicht dafür, die korporative Koordination und mit ihr die KVen

abzuschaffen, sondern über eine stärkere Gewichtung dezentraler Wettbewerbsprozesse der Tendenz entgegenzuwirken, dass die korporative Koordination bzw. die sie tragenden Organisationen effizienz- und effektivitäts- bzw. qualitätssteigernde innovative Prozesse ver- oder behindern. Hierzu bietet es sich an, dezentrale Wettbewerbsprozesse in einen kollektiv-rechtlichen Rahmen einzubinden. Innerhalb dieses Rahmens können die Krankenkassen mit den Leistungsanbietern dann selektive Verträge schließen, die u. a. andere Versorgungsformen, höhere Qualitätsstandards und auch abweichende Vergütungsformen vorsehen. Den Leistungserbringern steht es zwar frei, im ‚kollektiven Rahmen' zu bleiben, was aber auf Dauer mit deutlichen ökonomischen Einbußen einhergehen kann. Die durch dezentrale Wettbewerbsprozesse entstandenen Versorgungsnetze stehen somit sowohl untereinander als auch mit dem übrigen bzw. kollektivvertraglichen System in Konkurrenz. Im Rahmen dieses Wettbewerbsprozesses sollte die Versorgungsqualität darüber entscheiden, ob und wie zügig der Anteil an der Versorgung wächst, den dezentrale Wettbewerbsprozesse einnehmen.

2.7 Literatur

Almeida, C., Braveman, P., Gold, M.R., Szwarcwald, C.L., Mendes Ribeiro, J., Miglionico, A., Millar, J.S., Porto, S., do Rosario Costa, N., Ortun Rubio, V., Segall, M., Starfield, B., Travessos, C., Uga, A., Valente, J. and Viacava, F. (2001): Methodological Concerns and Recommendations on Policy Consequences of the World Health Report 2000. The Lancet, Vol. 357, May 26, S. 1692–1697.

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2002): Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung. Weiterentwicklung der solidarischen Wettbewerbsordnung, Bonn et al.

Bernholz, P. und Breyer, F. (1994): Grundlagen der Politischen Ökonomie. Band 2: Ökonomische Theorie der Politik, 3. Aufl., Tübingen.

Birkmeyer, J.D., Siewers, A.E., Finlayson, E.V.A., Stukel, T.A., Lucas, F.L., Batista, I., Welch, H.G. and Wennberg, D.E. (2002): Hospital Volume and Surgical Mortality in the United States. New England Journal of Medicine, Vol. 346, S. 1128–1137.

Budzinski, O. und Christiansen, A. (2005): Aktuelle Reformen in der europäischen Wettbewerbspolitik. Wirtschaftswissenschaftliches Studium, 34. Jg., 3, S. 165–168.

Bundesamt für Gesundheit (2005): Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2003, Bern.

Capps, C., Dranove, D. and Satterthwaite, M. (2003): Competition and Market Power in Option Demand Markets. RAND Journal of Economics, 34, S. 737–763.

Capps, C., Dranove, D., Greenstein, S. and Satterthwaite, M. (2001): The Silent Majority Fallacy of the Elzinga-Hogarty Criteria: A Critique and New Approach to Analysing Hospital Mergers. NBER Working Paper No. W S216, New York.

Capps, C., Dranove, D., Greenstein, S. and Satterthwaite, M. (2003a): Geographic Market Definition in Hospital Merger Cases. Federal Trade Commission and Department of Justice Hearings on Health Care and Competition Law and Policy, April 16.

Connor, R.A., Feldman, R.D., Dowd, B.E. and Radcliff, T.A. (1997): Which Types of Hospital Mergers save Consumers Money? Health Affairs 16, S. 62–74.

Cuellar, A.E. and Gertler, P. (2001): Strategic Integration of Hospitals and Physicians, Working Paper, Columbia University, New York.

Dranove, D. (1998): Market Definition in Antitrust Analysis and Applications to Health Care, in: Morrisey, M.A. (Ed.), Managed Care and Changing Health Care Markets, Washington, S. 121–139.

Dranove, D. and White, W.D. (1998): Emerging Issues in the Antitrust Definition of Health Care Markets. Health Economics, 7, S. 167–170.

Epsen, I., Greß, S., Jacobs, K., Szecsenyi, J. und Wasem, J. (2003): Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung, Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbands, Endbericht – 6. März 2003.

Epsen, I. (2004): Kartell- und vergaberechtliche Aspekte des vertraglichen Handelns der Krankenkassen. Die Krankenversicherung, 56. Jg., Heft 4, S. 95–100.

Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung" (1990): Endbericht, Bundestagsdrucksache 11/6380 vom 12.02.1990.

Eucken, W. (1960): Grundsätze der Wirtschaftspolitik, 3. Aufl., Tübingen, Zürich.

Europäisches Parlament (2003): Entschließung des Europäischen Parlaments zu Marktregelungen und Wettbewerbsregeln für die freien Berufe, vorläufige Ausgabe: 16/12/2003.

Europa-Kontakt e.V. (2004): Kliniken und ihr Anspruch auf Ausgleich. EU-Informationsbrief Gesundheit 4/04, S. 43–46.

Evans, D.B., Tandon, A., Murray, C.J.L. and Lauer, J.A. (2001): Comparative Efficiency of National Health Systems: Cross National Econometric Analysis. British Medical Journal, Volume 323, 11 August, S. 307–310.

Evans, D.B. (2002): The Evolution of WHO's Approach to Health System Performance Assessment, in: OECD (Eds.), Measuring Up. Improving Health System Performance in OECD Countries, Paris, S. 197–209.

Falk, W. (2004): Renaissance der Selbstverwaltung im GKV-Gesundheitsmodernisierungsgesetz? Die Krankenversicherung, 56. Jg., Nr. 2, S. 31–36.

Fraktionen der CDU/CSU und FDP (1996): Entwurf eines Zweiten Gestzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Kran-

kenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz – 2. GKV-NOG). Bundestags-Drucksache 13/6087 vom 12. November 1996.

Gal-Or, E. (1999): The Profitability of Vertical Mergers between Hospitals and Physician Groups. Journal of Health Economics, 18, S. 623–654.

Gaynor, M. and Haas-Wilson, D. (1998): Vertical Relations in Health Care Markets, in: Morrisey, M. (ed.), Managed Care and Changing Health Care Markets, Washington, D.C, S. 140–163.

Gaynor, M. and Vogt, W.B. (2003): Competition among Hospitals. RAND Journal of Economics, 34, S. 764–785.

Gerlinger, T. (2002): Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P02-204, Berlin, Mai 2002.

Gitter, W. und Oberender P. (1987): Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Eine ökonomische und juristische Untersuchung zur Strukturreform der GKV, Baden-Baden.

Given, R.S. (1996): Economies of Scale and Scope as an Explanation of Merger and Output Diversification Activities in the Health Maintenance Organisation Industry. Journal of Health Economics, 15, S. 685–713.

Gruber, B. (1953): Berufsgemeinschaft und Wirtschaftsordnung, Heidelberg.

Haas-Wilson, D. (2003): Managed Care and Monopoly Power: The Antitrust Challenge, Cambrigde, Mass. and London.

Havemann, R.H. (1980): Public Choice and Public Economics: The Case of Collective Failure in U.S. Water Quality Policy, in: Roskamp, K.W. (Ed.), Public Choice and Public Finance, Paris, S. 137-154.

Herder-Dorneich, P. (1994): Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens. Problemgeschichte, Problembereiche, Theoretische Grundlagen, Baden-Baden.

Herder-Dorneich, P. (1986): Ordnungspolitik des Gesundheitswesens eine analytische Grundlegung, in: Gäfgen, G. (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens. Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F. Bd. 159, Berlin, S. 55–70.

Hess, R. (2005): Der G-BA- Bilanz der bisherigen Arbeit. Die Krankenversicherung, 57. Jg., 3, S. 64–67.

Hewitt, M. (2000): Interpreting the Volume-Outcome Relationship in the Context of Health Care Quality: Workshop Summary, Institute of Medicine, Washington, D.C.

Hyman, D.A. and Kovacic, W.E. (2004): Monopoly, Monopsony, and Market Definition: An Antitrust Perspective on Market concentration among Health Insurers. Health Affairs, 23, S. 25–28.

Jacobs, K. und Reschke, P. (1992): Freie Wahl der Krankenkasse. Konzeption und Konsequenzen eines geordneten Kassenwettbewerbs, Baden-Baden.

Jasper, J. und Sundmacher T. (2005): Wettbewerb und Kooperation als Koordinationsverfahren für die Integrierte Versorgung. Sozialer Fortschritt 3/2005, S. 53–62.

Jöhr, W.A. (1949): Theoretische Grundlagen der Wirtschaftspolitik, St. Gallen.

Jung, K. (2004): Gemeinsamer Bundesausschuss und Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit. Eine neue Ära der GKV-Selbstverwaltung oder ihre letzte Chance? Gesellschaftspolitische Kommentare, 45. Jg., Nr. 2, S. 9–21.

Kastendiek, H. (1984): Korporative Strategien und Strukturen in kapitalistischen Gesellschaften – Überlegungen zu einer historisch orientierten gesamtgesellschaftlichen ‚Korporatismus' – Analyse, in: Glagow, M. (Hrsg.): Gesellschaftssteuerung zwischen Korporatismus und Subsidiarität, Bielefeld, S. 89–114.

Kessler, D.P. and McCellan, M.B. (2000): Is Hospital Competition Socially Wasteful? Quarterly Journal of Economics, 115, S. 577–615.

Knappe, E. (Hrsg.) (1999): Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden.

Knieps, F. (1996): Krankenversicherungsrecht, in: Maydell, B. v. (Hrsg.): Sozialrechtshandbuch, 2. Aufl., Neuwied, S. 703–819.

Köhler, A. (2005): Dienstleistungs- und Ordnungsfunktion der KBV und der KVen. Gesellschaftspolitische Kommentare, 46. Jg., Nr. 3, S. 3–5.

Koenig, Ch., Engelmann, Ch. und Hentschel, K. (2003): Die Anwendbarkeit des Vergaberechts auf die Leistungserbringung im Gesundheitswesen. Medizinrecht, Vol. 21, 10, S. 562–568.

Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2004): Mitteilung der Kommission, Bericht über den Wettbewerb bei freiberuflichen Dienstleistungen, KOM (2004) 83, Brüssel, den 9. Februar 2004.

Lampert, H. und Bossert, A. (2001): Die Wirtschafts- und Sozialordnung der Bundesrepublik Deutschland im Rahmen der Europäischen Union, 14. Aufl., München.

Lauterbach, K.W., Schwartz, F.W., Potthoff, P., Schmitz, H., Lüngen, M., Krauth, C., Klostermann, B., Gerhardus, A., Stock, S., Steinbach, T., Müller, U. und Brandes, I. (2003): Bestandsaufnahme der Rolle von Ambulanzen der Hochschulkliniken in Forschung, Lehre und Versorgung an ausgewählten Standorten (Hochschulambulanzenstudie). Ein Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF), Endbericht.

Löwisch, M., Hrsg. (1999): Wettbewerb, Kollektivverträge und Konfliktlösung in der Reform des Gesundheitswesens, Baden-Baden.

Neubauer, G. (2005): Das Kartellamt hinterfragt die Klinik-Monopole. führen und wirtschaften im Krankenhaus, 22(2), S. 174–178.

Möschel, W. (2002): Welche rechtlichen Rahmenbedingungen gelten für Krankenkassen, wenn der Sicherstellungsauftrag auf die Krankenkassen übergeht? Referat

beim Symposium der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V. am 14. Dezember 2002, Berlin.

Mossialos, E. (1997): Citizens‘ Views on Health Care Systems in the 15 Member States of the European Union. Health Economics, Vol.6, S. 109–116.

Nawroth, E.G. (1962): Die Sozial- und Wirtschaftsphilosophie des Neoliberalismus, 2. Aufl., Heidelberg.

Oberender, P. und Ecker, T. (1997): ‚Managed Care‘ und Wettbewerb im Gesundheitswesen – Voraussetzungen und mögliche Auswirkungen, in: Knappe, E. (Hrsg.): Reformstrategie ‚Managed Care‘, Baden-Baden, S. 11–28.

OECD (2004): OECD Health Data 1999 bis 2004, Paris

Ogilvie, S. (2004): Guilds, Efficiency, and Social Capital: Evidence from German Proto-Industry. Economic History Review, LVII, 2, S. 286–333.

Preuß, K.-J., Räbiger, J. und Sommer, J.H. (Hrsg.) (2002): Managed Care. Evaluation und Performance-Measurement integrierter Versorgungsmodelle, Stuttgart, New York.

Rosenman, R., Siddharthan, K. and Ahern, M. (1997): Output Efficiency of HMOs in Florida. Health Economics, 6, S. 295–302.

Sachs, M. (2003): Grundgesetz. Kommentar, München.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Gutachten 2000/2001, Baden-Baden.

Schimmelpfeng-Schütte, R. (2004): Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) und Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers. GesundheitsRecht, 3. Jg., Heft 1, S. 1–6.

Schönbach, K.-H. (2003): Verbesserte Bedingungen für die Integrierte Versorgung. Die BKK, 91. Jg., Heft 12, S. 601–607.

Siess, M. und Siewert, J.R. (2005): Patientensicherheit unter dem Gesichtspunkt von Spezialisierung, Mindestmengen und Zentrenbildung. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 130, S. 503–507.

Spang, H.R., Bazzoli, G.J. and Arnould, R.J. (2001): Hospital Mergers and Savings for Consumers: Exploring New Evidence. Health Affairs, 20, S. 150–158.

Steinmeyer, H.-D. (2003): Vertragswettbewerb und Einzelverträge in der Gesundheitsreform 2003. Gesundheits- und Sozialpolitik, 3–4/2003, S. 9–13.

Streit, M.E. (1991): Theorie der Wirtschaftspolitik, 4. Aufl., Düsseldorf.

Streit, M.E. (2004): Der deutsche Verbändestaat im Reformstau, Volkswirtschaftliche Korrespondenz der Adolf-Weber-Stiftung, 43. Jg., Nr. 3/04.

Tesic, D. (2004): Kassenärztliche Vereinigungen. Ausmustern oder modernisieren? KV-Blatt extra 7, Berlin, S. 6–12.

Thiemeyer, T. (1986): Das ärztliche Honorar als Preis, in: Gäfgen, G. (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens, Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F. Bd. 159, Berlin, S. 255–270.

Tuschen, K.H. (2003) Erster deutscher DRG-Fallpauschalen-Katalog gravierend verbessert. führen und wirtschaften im Krankenhaus (f & w), 20. Jg., Nr. 5, S. 426–432.

Urban, H.-J. (2001): Wettbewerbskorporatistische Regulierung im Politikfeld Gesundheit. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und die gesundheitspolitische Wende. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P01-206, Berlin, Oktober 2001.

Vistnes, G. (2000): Hospitals, Mergers, and Two-Stage Competition. Antitrust Law Journal, 67, S. 671–692.

Waldner, G. (2001): Ärzteeinkommensvergleich – Internationaler Vergleich zwischen Österreich, der Bundesrepublik Deutschland und den Niederlanden. Soziale Sicherheit, Fachzeitschrift der Österreichischen Sozialversicherung, Heft 2, S. 147–157.

Weippert, G. (1964): ‚Vereinbarung‘ als drittes Ordnungsprinzip, in: Jürgensen, H. (Hrsg.): Gestaltungsprobleme der Weltwirtschaft. Festschrift für Andreas Predöhl, Göttingen, S. 167–178.

Wholey, D. Feldman, R. Christianson, J.B. and Engberg, J. (1996): Scale and Scope Economies among Health Maintenance Organisations. Journal of Health Economics, 15, S. 657–684.

Wille, E. (1990): Marktversagen versus Staatsversagen – ein ideologisches Karussell?, in: Ellwein, T. und Hesse, J.J. (Hrsg.): Staatswissenschaften: Vergessene Disziplin oder neue Herausforderung?, Baden-Baden, S. 251–277.

Wille, E. (1999): Auswirkungen des Wettbewerbs auf die gesetzliche Krankenversicherung, in: Wille, E. (Hrsg.): Zur Rolle des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Gesundheitsversorgung zwischen staatlicher Administration, korporativer Koordination und marktwirtschaftlicher Steuerung, Baden-Baden, S. 95–156.

Wille, E. und Albring, M. (Hrsg.) (2000): Rationalisierungsreserven im deutschen Gesundheitswesen, Frankfurt et al.

Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (2000): Aktuelle Formen des Korporatismus, Gutachten vom 26. und 27. Mai 2000, Berlin, in: Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (Hrsg.): Der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie, 16. Band, Gutachten vom Februar 1998 bis Juli 2000, Stuttgart, S. 2077–2103.

WHO (World Health Organization) (2000), The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance, France.

Zweifel, P. und Grandchamp, Ch. (2002): Measuring the Effect of Cartelization in Medicine: An International Study, in: Slotttje, D. J. (Ed.): Measuring Market Power, Amsterdam et al., S. 47–66.

3 Sozioökonomischer Status und Verteilung von Mortalität, Morbidität und Risikofaktoren

3.1 Einleitung

111. In den letzten Jahren wurden in Deutschland vermehrt Berichte zum Zusammenhang zwischen der sozialen Lage einerseits und dem Gesundheitszustand andererseits publiziert (z. B. Altgeld, T. u. Hofrichter, P. 2000; Grobe, T.G. u. Schwartz, F.W. 2003; Helfferich, C. et al. 2003; Helmert, U. 2003; Henkel, D. u. Vogt, I. 1998; Kamensky, J. et al. 2003; Klocke, A. 2001; Mielck, A. 2000; Trabert, G. 2003). In einer inzwischen schwer überschaubaren Zahl an Arbeiten wurde dargelegt, dass Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status (d. h. mit einer niedrigen Bildung, einem niedrigen beruflichen Status und/oder einem niedrigen Einkommen) überproportional häufig einen beeinträchtigten Gesundheitszustand aufweisen, dass sie vergleichsweise kränker sind und eine geringere Lebenserwartung als Personen mit höherem sozioökonomischem Status haben.

112. Der Begriff ‚soziale Ungleichheit' bezeichnet Unterschiede im Hinblick auf Bildung, beruflichen Status und Einkommen. Präziser formuliert handelt es sich dabei um Merkmale der ‚vertikalen' sozialen Ungleichheit. Die Bevölkerung lässt sich mit Hilfe von Merkmalen wie Alter, Geschlecht und Nationalität (bzw. Migrationshintergrund) unterteilen. Auch zwischen diesen Gruppen kann eine ‚soziale Ungleichheit' bestehen (‚horizontale' soziale Ungleichheit). Weiterhin können Merkmale wie der Familienstand, die Zahl der Kinder und die Größe des Wohnortes für eine Gruppenbildung verwendet werden.

113. In der soziologischen Diskussion wird oft betont, dass keine klar unterscheidbaren sozialen Schichten mehr feststellbar sind, und dass sich die vielfältigen ‚Lebenslagen' nicht mehr mit Hilfe von Kriterien wie Bildung, Berufsstatus und Einkommen in eine konsistente hierarchische Ordnung bringen lassen. In vielen sozialepidemiologischen Studien ist allerdings gezeigt worden, dass Personen aus den unteren Statusgruppen einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen als Personen aus den oberen Statusgruppen. Merkmale der vertikalen sozialen Ungleichheit sind demnach zumindest insofern von Bedeutung, als sie mit Häufigkeiten und Wahrscheinlichkeiten von Sterbefällen, Krankheiten bzw. einem guten Gesundheitszustand (‚Gesundheitschancen') einhergehen (vgl. Kapitel 4).

Um besonders belastete Bevölkerungsgruppen präzise beschreiben zu können, sollten vertikale Merkmale (Bildung, beruflicher Status, Einkommen) mit horizontalen Merkmalen (Alter, Geschlecht, Familienstand, Nationalität etc.) kombiniert werden.

114. In den folgenden Abschnitten wird der Stand der empirischen Forschung zur gesundheitlichen Ungleichheit in Deutschland kursorisch dargestellt. Zu einigen Themengebieten, zu denen mehrere empirische Studien vorliegen, wurde ein aussagekräftiges, repräsentatives und einfach zu interpretierendes Ergebnis ausgewählt. Die Auswahl basiert auf folgenden Kriterien:

- Ergebnisse aus Studien mit neueren Daten sind aussagekräftiger als vergleichbare Ergebnisse aus Studien mit älteren Daten.
- Ergebnisse aus überregionalen Studien sind aussagekräftiger als vergleichbare Ergebnisse aus regionalen Studien.
- Ergebnisse, die getrennt für Männer und Frauen und verschiedene Altersgruppen dargestellt werden, sind aussagekräftiger als Ergebnisse, in denen diese Differenzierung fehlt.
- Ergebnisse aus Studien, in denen der mögliche Einfluss von Alter und Geschlecht statistisch kontrolliert wird, sind aussagekräftiger als vergleichbare Ergebnisse aus Studien, in denen diese statistische Kontrolle fehlt.
- Wenn mehrere Ergebnisse mit vergleichbarer Aussagekraft vorliegen, wird ein Ergebnis ausgewählt, welches die Arbeiten zu diesem Thema gut repräsentiert und zudem einfach zu interpretieren ist.

115. In Studien zur gesundheitlichen Ungleichheit wird häufig ein ‚Schicht-Index' verwendet. In den Algorithmus zur Berechnung dieses Indexes gehen Angaben zur Bildung, zum beruflichen Status und/oder zum Einkommen ein. Der Begriff ‚Index' drückt aus, dass die Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht mit Hilfe eines statistischen Verfahrens aus den genannten Variablen errechnet wird. In den aus Deutschland vorliegenden empirischen Arbeiten wurden vor allem zwei Indizes von U. Helmert (1993) und von J. Winkler (1998) verwendet. Beide gehen nach dem gleichen Verfahren vor: Zunächst werden die Angaben zur Bildung, zum beruflichen Status und zum Einkommen mit einem Punktwert versehen, anschließend die Punkte pro Person addiert und in einem letzten Schritt entsprechend der Summenwerte Statusgruppen gebildet. Beim Helmert-Index führt dies zur Unterscheidung von fünf annähernd gleich großen Statusgruppen (untere Schicht, untere Mittelschicht, mittlere Mittelschicht, obere Mittelschicht, obere Schicht). Beim Winkler-Index werden nur drei Statusgruppen unterschieden (untere, mittlere und obere Schicht), wobei die mittlere Gruppe mit Abstand die größte ist (vgl. Mielck, A. 2000). Bei der Interpretation der empirischen Ergebnisse ist zu beachten, dass es sich bei Indizes um rein rechnerische Größen handelt und die Gruppenbildung relativ willkürlich ist.

116. Auch der Indikator ‚Armut' erfordert eine Erläuterung. Die Frage, wie beim Einkommen eine Armutsgrenze definiert werden kann, wird auf zwei unterschiedlichen Wegen beantwortet. Zum einen wurden solche Personen als arm (bzw. ‚einkommensarm') bezeichnet, die Sozialhilfe beziehen. Bei der Sozialhilfe wurde zwischen der ‚Hilfe zum Lebensunterhalt' und der 'Hilfe in besonderen Lebenslagen' unterschieden. Die ‚Hilfe zum Lebensunterhalt' wird weiter nach ‚laufenden Leistungen' (z. B. für Ernährung und Heizung) und ‚einmaligen Leistungen' (z. B. für die Beschaffung von Kleidung und Schuhen) differenziert. Als Indikator für Armut wurde in den sozial-epidemiologischen Studien zur gesundheitlichen Ungleichheit häufig die ‚laufende Hilfe zum Lebensunterhalt' verwendet.

Alternativ kann ‚Armut' mit Hilfe des ‚Äquivalenzeinkommens' definiert werden. Bei dessen Berechnung wird das Nettoeinkommen aller Personen in einem Haushalt addiert und nach Anzahl und Alter der Haushaltsmitglieder gewichtet. Das Ergebnis der Berechnung wird als ‚Äquivalenzhaushaltsnettoeinkommen' oder vereinfacht als ‚Äquivalenzeinkommen' bezeichnet. Es gibt an, welches Einkommen pro Haushaltsmitglied zur Verfügung steht. Personen, die in Haushalten leben, die nur über maximal 50 % des durchschnittlichen Äquivalenzeinkommens der jeweiligen Referenzpopulation verfügen, werden als arm definiert.[29] Für den Zeitraum 1973 bis 1998 wurde unter Verwendung beider Definitionen eine Zunahme der Armut in Deutschland festgestellt (Hauser, R. 2004).

117. Gemessen ab dem Schwellenwert „50 % des arithmetisch gemittelten Äquivalenzeinkommens" stieg der Teil der Bevölkerung in den alten Bundesländern, der in einer auf diese Weise definierten Armut lebte, zwischen 1991 und 2002 von 6,3 % auf 10,5 % (Statistisches Bundesamt 2004). Für Deutschland insgesamt fällt die Steigerung allerdings niedriger aus (10,1 % auf 11,1 %; Statistisches Bundesamt 2004), da der Anstieg des in Armut lebenden Bevölkerungsteils in den alten Bundesländern durch einen Rückgang des entsprechenden Anteils in den neuen Bundesländern innerhalb des gleichen Zeitraums weitgehend kompensiert wurde.

Tabelle 1 enthält Angaben zur unterschiedlichen Betroffenheit einzelner Bevölkerungsgruppen durch Armut in Deutschland im Jahr 2002, gemessen an dem Schwellenwert „60 % des Medians des Äquivalenzeinkommens", auf der Grundlage des SOEP-Panels.

[29] Anstelle des arithmetischen Mittels wird auch der Median verwendet (vgl. Statistisches Bundesamt 2004).

Tabelle 1

Betroffenheit von Armut nach Bevölkerungsgruppe in Deutschland im Jahr 2002 (‚Armutsquoten')

	Bevölkerungsanteil (%)	**Armutsquote (%)**
Bevölkerung insgesamt	*100,0*	*13,1*
Geschlecht		
Männlich	*47,6*	*12,5*
Weiblich	*52,4*	*13,5*
Alter (Jahre)		
Bis 10	*10,6*	*17,6*
11–20	*11,3*	*22,9*
21–30	*11,1*	*16,1*
31–40	*16,0*	*11,2*
41–50	*14,7*	*11,6*
51–60	*12,6*	*8,9*
61–70	*12,7*	*10,1*
71 und älter	*10,8*	*7,9*

noch Tabelle 1

	Bevölkerungsanteil (%)	Armutsquote (%)
Bevölkerung insgesamt	*100,0*	*13,1*
Nationalität		
Deutsch	*92,8*	*10,5*
Nicht deutsch	*7,2*	*27,4*
Familienstand[30]		
Verheiratet/zusammen lebend	*55,1*	*9,6*
Verheiratet/getrennt lebend	*1,8*	*26,0*
Ledig	*25,4*	*15,2*
Geschieden	*8,4*	*16,3*
Verwitwet	*9,2*	*7,3*
Bildungsabschluss		
Hauptschule, ohne Abschluss	*12,5*	*22,8*
Realschule, Gymn. o. Abschluss	*3,5*	*12,2*
Hauptschule, mit Abschluss	*27,9*	*10,4*
Realschule, mit Abschluss	*23,8*	*8,9*
Gymn. mit Abschluss	*8,6*	*10,6*
Sonstiges	*4,4*	*21,7*
Fachhochschule, Uni	*16,9*	*4,7*
In Lehre, Schule, Studium	*2,3*	*18,6*
Erwerbsstatus		
Erwerbstätig, Vollzeit	*38,7*	*4,7*
Erwerbstätig, Teilzeit	*15,0*	*14,8*
Arbeitslos	*6,7*	*37,9*
In Ausbildung	*4,7*	*26,0*
Nicht erwerbstätig	*34,9*	*10,9*
Berufliche Stellung		
Un-/angelernte Arbeiter	*15,2*	*17,3*
Facharbeiter, Meister	*13,6*	*6,1*
Selbständige	*9,9*	*9,1*
Auszubildende, Volontäre	*5,4*	*24,5*
Einfache Angestellte	*11,9*	*8,8*
Qualifizierte Angestellte	*22,4*	*3,1*
Leitende Angestellte	*14,6*	*0,7*
Einfache/mittlere Beamte	*2,4*	*3,5*
Gehobene/höhere Beamte	*4,6*	*0,7*

Quelle: Statistisches Bundesamt (2004), eigene Darstellung

[30] Für die nachfolgenden Angaben: Bevölkerung ab 17 Jahre (Statistisches Bundesamt 2004).

Die jüngeren Altersklassen (bis 30 Jahre) weisen relativ hohe Armutsquoten auf, während die entsprechenden Werte bei den höheren Altersklassen unterdurchschnittlich ausfallen. Im Hinblick auf den Erwerbsstatus sind vor allem Arbeitslose, aber auch Personen in Ausbildung, überproportional von Armut betroffen. Deutliche Unterschiede zeigen sich im Hinblick auf den Familienstand. Verheiratete, aber getrennt lebende Personen weisen ein höheres Armutsrisiko auf als Geschiedene, Ledige und zusammenlebende Ehepaare.

3.2 Empirische Ergebnisse aus Deutschland zur Mortalität

3.2.1 Design und Aussagekraft von Studien

118. Empirische Studien über statusspezifische Unterschiede in der Mortalität beruhen z. T. auf einem ‚ökologischen Design'. Dabei wird ein regionaler Vergleich durchgeführt, d. h. Angaben zur durchschnittlichen Mortalität in einer Region werden mit Angaben zur sozioökonomischen Struktur der Region (z. B. mit dem durchschnittlichen Bruttolohn) verglichen. Selbst wenn ein derartiger Vergleich ergibt, dass die Sterblichkeit in einer Region mit niedrigem Einkommen höher ist als in einer Region mit einem höherem Einkommen, lassen sich nicht ohne Weiteres Rückschlüsse auf die Sterblichkeit von Personen mit einem vergleichsweise niedrigen Einkommen ziehen. Ergebnisse regionaler Vergleiche sind daher oft schwierig zu interpretieren.

Studien, die dagegen auf einem Vergleich von Individualdaten basieren und die deshalb ohne einen Vergleich zwischen Regionen auskommen, sind in Deutschland relativ selten. Dies liegt vor allem daran, dass auf den amtlichen ‚Sterbefall-Zählkarten' keine Angaben zur Ausbildung, zum Beruf oder Einkommen des Verstorbenen erfasst werden. Da derartige Daten nicht in einem Routineverfahren erhoben werden, müssen Angaben über den sozioökonomischen Status von Verstorbenen im Rahmen aufwändiger Studien erhoben werden. Diese Studien sind methodisch schwierig und logistisch aufwändig, aber zur Klärung des Untersuchungsgegenstands von zentraler Bedeutung. Die wenigen vorhandenen Studien, die auf einem direkten Vergleich von Individualdaten beruhen, haben daher einen hohen Stellenwert.

3.2.2 Schulbildung und Lebenserwartung

119. Eine der wenigen Studien aus Deutschland über den Zusammenhang zwischen Bildung und Lebenserwartung basiert auf Daten des Sozio-ökonomischen Panels (Klein, Th. 1996). Den Beginn des Panels bildet eine im Jahr 1984 durchgeführte Befragung von ca. 12 000 Personen aus den alten Bundesländern (repräsentative Stichprobe; Personen ab 16 Jahre). Dieselben Personen werden jedes Jahr erneut befragt. Im Rahmen dieser jährlichen Kontaktaufnahme wird auch erfasst, ob ein Teilnehmer zwischenzeitlich verstorben ist. Da die erste Befragung auch Angaben zur Ausbildung, zum Beruf und zum Einkommen beinhaltete, lassen sich Unterschiede in der Mortalität, und damit auch in der Lebenserwartung, nach diesen sozioökonomischen Merkmalen berechnen. Ergebnisse von Th. Klein (1996) zeigen, dass Männer ohne Abitur ab dem 16. Lebensjahr eine um 3,3 Jahre kürzere Lebenserwartung als Männer mit Abitur aufweisen; bei Frauen beträgt der Unterschied sogar 3,9 Jahre (Tabelle 2).

Tabelle 2

Schulbildung und Lebenserwartung

	Lebenserwartung ab 16 Jahren (in Jahren)	
Schulbildung	mit Abitur	ohne Abitur
Männer	60,3	57,0
Frauen	65,5	61,6

Stichprobe: ca. 12 000 Männer und Frauen ab 16 Jahren aus den alten Bundesländern
Datenbasis: Befragung 1984–1993 (Sozio-ökonomisches Panel)
Quelle: Klein, Th. (1996)

Die Datenerhebung im Sozio-ökonomischen Panel wird kontinuierlich weitergeführt; aktuellere Analysen über den Zusammenhang zwischen Bildung und Mortalität (bzw. zwischen Bildung und Lebenserwartung) liegen aber nicht vor. Dabei ist nicht anzunehmen, dass sich der Zusammenhang zwischen Bildung und Mortalität in wenigen Jahren grundlegend ändert. Auch ältere Daten, wie in diesem Fall aus den Jahren 1984 bis 1993, haben für heutige Problemlagen Relevanz.

3.2.3 Beruflicher Status und Mortalität

120. Bei den Gesetzlichen Krankenkassen werden sowohl Angaben zum beruflichen Status als auch zur Mortalität erfasst. Auf der Basis von Daten der AOK Mettmann wurde der Zusammenhang zwischen dem beruflichen Status und der Mortalität untersucht (Geyer, S. u. Peter, R. 1999). Dabei wurden Daten von 112 338 AOK-Mitgliedern aus den Jahren 1987 bis 1996 ausgewertet. Drei Gruppen von Mitgliedern wurden berücksichtigt: Erwerbstätige, Arbeitslose und Rentner. Bei den Arbeitslosen und Rentnern erfolgte die Einordnung nach dem beruflichen Status nach der jeweils zuletzt ausgeübten Tätigkeit. Mitversicherte Familienangehörige wurden ausgeschlossen, da der berufliche Status des AOK-Mitglieds nicht auf sie übertragen werden konnte. Insgesamt traten 2 628 Todesfälle auf (2 168 Männer und 460 Frauen). Der Anteil der Todesfälle nahm sowohl bei Männern als auch bei Frauen mit zunehmendem beruflichem Status ab (vgl. Tabelle 3). Bei statistischer Kontrolle der Variable ‚Alter des Mitglieds' ist das Sterblichkeitsrisiko in der unteren Berufsgruppe ca. viermal so groß wie in der oberen.

Der Anteil der un- und angelernten Erwerbstätigen in der AOK war erheblich höher als im Bundesdurchschnitt. In der AOK beläuft sich der Anteil auf 48,2 %, von allen

Tabelle 3

Beruflicher Status und Mortalität bei Krankenkassen-Mitgliedern

	Gesamtmortalität bei erwerbstätigen Männern und Frauen			
	Beruflicher Status			
	Höhere Positionen	Angestellte mit abgeschl. Lehre	Arbeiter mit abgeschl. Lehre	Un- und Angelernte
Anteil (in %)	*6,9*	*20,7*	*24,2*	*48,2*
Todesfälle (in %)				
Männer	*0,8*	*1,5*	*3,3*	*3,1*
Frauen	*0,4*	*0,6*	*1,8*	*1,8*
Relatives Sterberisiko[a)]				
Männer	1,00[b)]	2,1 (1,5–3,0)	4,2 (3,1–5,8)	4,3 (3,1–5,9)
Frauen	1,00[b)]	1,7 (0,6–4,8)	4,9 (1,8–14,1)	3,8 (1,4–10,3)

[a)] Odds Ratio (95% Konf.-Intervall); kontrollierte Variable: Alter
[b)] Vergleichsgruppe
Stichprobe: Mitglieder der AOK Mettmann (80 172 Männer, 32 166 Frauen, 30–70 Jahre)
Datenbasis: Prozessdaten der AOK aus den Jahren 1987 bis 1996
Quelle: Geyer, S. u. Peter, R. (1999), eigene Berechnungen

Bundesbürgern gehörten 1996 nur 26,9 % aller Erwerbstätigen dieser Gruppe an. Umgekehrt ist der Anteil der höher qualifizierten Berufe in der AOK niedriger als im Bundesdurchschnitt (z. B. Angestellte mit abgeschlossener Lehre: AOK 20,7 %, Deutschland 41,7 %). Diese Vergleiche verdeutlichen, dass die AOK-Mitgliederstruktur von der allgemeinen Struktur der Erwerbstätigkeit abweicht und empirische Ergebnisse auf Basis der AOK-Daten nicht ohne Weiteres auf alle Erwerbstätigen übertragen werden dürfen. Wichtig ist hier aber der Hinweis, dass trotz der relativ homogenen Mitgliederstruktur große statusspezifische Unterschiede in der Mortalität feststellbar sind.

Vergleichbare Ergebnisse liegen aus der Gmünder Ersatzkasse (GEK) vor (Helmert, U. 2003). Hier ist die Gesamtmortalität in der unteren Berufsgruppe (Fräser, Metallschleifer, Lagerarbeiter etc.) ungefähr zweimal so hoch wie in der oberen Berufsgruppe (Unternehmer, Verbandsleiter, Geschäftsführer etc.). Die Mortalitätsunterschiede sind somit niedriger als in der AOK-Studie. Die Versichertengruppe der GEK ist aber vermutlich homogener als die Versichertengruppe der AOK.

3.2.4 Einkommen und Lebenserwartung

121. In einer Auswertung von Daten aus dem Sozioökonomischen Panel wurde die Lebenserwartung für Personen aus unterschiedlichen Einkommensgruppen ermittelt (Reil-Held, A. 2000). Das Haushalts-Nettoeinkommen wurde dabei nach Anzahl und Alter der Haushaltsmitglieder gewichtet. Auf Basis des Äquivalenzeinkommens wurden zwei Vergleiche durchgeführt, zum einen zwischen den Personen oberhalb bzw. unterhalb des mittleren Einkommens, zum anderen zwischen den Personen aus dem oberen bzw. aus dem unteren Viertel der Einkommensverteilung (vgl. Tabelle 4). Vor allem der zweite Vergleich zeigte deutliche Unterschiede in der Lebenserwartung (bei Männern zehn Jahre, bei Frauen fünf Jahre).

In einer anderen, etwas älteren Studie zum Zusammenhang zwischen Einkommen und Mortalität wurden Daten der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) ausgewertet. Diese Auswertungen beruhen auf Angaben zum Bruttoeinkommen der erwerbstätigen männlichen Versicherten aus dem Jahr 1985. Da auch bekannt war, welche Versicherten im Jahr 1986 verstarben, liess sich für verschiedene Einkommensgruppen der Anteil der Verstorbenen berechnen. Die Auswertungen beschränkten sich auf die 30-59-jährigen Versicherten, da in den jüngeren Altersgruppen die Mortalität gering ist und in den höheren Altersgruppen durch die zunehmende Berentung ein nicht mehr repräsentativer Anteil der Angestellten im Berufsleben verbleibt (Klosterhuis, H. u. Müller-Fahrnow, W. 1994). Die Mortalität in der unteren Einkommensgruppe lag mehr als doppelt so hoch wie in der oberen. Wichtig ist die Feststellung, dass die Sterblichkeitsunterschiede zwischen den Einkommensgruppen mit zunehmendem Alter abnahmen. In den beiden unteren Altersgruppen (30-34 Jahre und 35-39 Jahre) war die Sterblichkeit in der unteren Einkommensgruppe ungefähr fünfmal so hoch wie in der oberen. Mit zunehmendem Alter verringerte sich dieser Unterschied.

Tabelle 4

Einkommen und Lebenserwartung

Äquivalenzeinkommen	Lebenserwartung (in Jahren)	
	Männer	Frauen
a) obere 50 % der Einkommensverteilung	*81*	*85*
untere 50 % der Einkommensverteilung	*77*	*83*
b) obere 25 % der Einkommensverteilung	*82*	*86*
untere 25 % des Einkommensverteilung	*72*	*81*

Datenbasis: Sozio-ökonomisches Panel (1984–1997)
Stichprobe: 2 675 Männern und 3 136 (neue Bundesländer, Deutsche); 939 Todesfälle
Quelle: Reil-Held, A. (2000)

Die Frage nach der Übertragbarkeit dieser Ergebnisse auf andere Personengruppen (z. B. andere Berufstätige, Nicht-Berufstätige) stößt u. a. auf das Problem, dass nur ein bestimmter Ausschnitt aus der Einkommensverteilung erfasst wurde. Die Angestellten repräsentieren eine mittlere Einkommensgruppe; Gruppen mit geringerem bzw. höherem Einkommen (Arbeiter, Arbeitslose, Selbständige etc.) blieben unberücksichtigt.

3.2.5 Soziale Schicht und Mortalität

122. Im Jahr 1998 wurde ein Mortalitäts-Follow-Up der ‚Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie' (DHP)-Studie aus dem Jahr 1984/86 durchgeführt. Da aus der DHP-Studie relativ umfangreiche Informationen zum sozialen Status vorliegen, ist eine detaillierte Analyse der statusspezifischen Unterschiede in der Mortalität möglich (Helmert, U. 2003). In einer Auswertung wurden die Indikatoren der sozialen Schicht (Bildung, beruflicher Status, Einkommen) zu einem Gesamtindex zusammengezogen und mit Angaben zur Mortalität verglichen (Tabelle 5).

Die Ergebnisse unterstreichen, dass die Mortalität in den unteren Statusgruppen relativ hoch ist. Zu beachten ist, dass nicht nur der Einfluss des Alters statistisch kontrolliert wurde, sondern auch der Einfluss verschiedener Risikofaktoren. Statusspezifische Unterschiede bei den Risikofaktoren und dem Gesundheitszustand, die 1984/86 vorlagen, wurden folglich herausgerechnet. Dieses Vorgehen führte vermutlich (statistisch) zu einer Verringerung der statusspezifischen Unterschiede in der Mortalität.

3.2.6 Überlebenszeit von Patienten

123. Eine andere Gruppe von empirischen Analysen bezieht sich auf den Indikator ‚Mortalität bei bestimmten Krankheiten' (‚Letalität'). Eine Analyse aus Deutschland basiert auf Daten des Augsburger Herzinfarkt-Registers. Es wurde untersucht, ob die Zeit zwischen der ersten Diagnose eines Herzinfarkts und dem Tod (d. h. die Überlebenszeit) statistisch vom beruflichen Status abhängig ist. In dem Register werden seit 1984 alle Herzinfarkt-Fälle in der Region Augsburg erfasst. Die Auswertung beschränkt sich auf deutsche Teilnehmer, die bis Oktober 1993 erfasst wurden, die den ersten Tag nach dem Infarkt überlebten, bei denen keine Vor-Infarkte bekannt sind und von denen eine Angabe zum derzeitigen oder zum letzten Beruf vorlag. Mit Hilfe der letztgenannten Angaben wurden die Teilnehmer in zwei Berufsgruppen unterteilt (Mielck, A. 2000). Die Auswertungen zeigten, dass der Anteil der Verstorbenen in der unteren Statusgruppe erheblich höher ist als in der oberen (Tabelle 6). Nach statistischer Kontrolle der Altersverteilung ergab sich eine signifikante Erhöhung der Sterbewahrscheinlichkeit in der unteren Statusgruppe von ca. 60 %.

Wie schon bei den zuvor dargestellten Ergebnissen lassen diese Letalitätsraten keine Aussagen über die ursächlichen Zusammenhänge zu. So ist z. B. denkbar, dass die kürzere Überlebenszeit von statusniedrigen Herzinfarkt-Patienten darauf zurückzuführen ist, dass sie bei der Erstdiagnose des Herzinfarktes ein schlechteres Risikofaktorenprofil aufweisen als statushohe Herzinfarkt-Patienten.

124. Allen bisher vorgestellten Studien ist gemein, dass sie sich auf Vergleiche zwischen Personen beziehen, nicht auf Vergleiche zwischen Regionen. Allerdings können auch Studien, die nur auf regionalen Daten basieren, Hinweise auf gesundheitliche Ungleichheiten geben. Ein Beispiel ist eine Untersuchung der Überlebenszeit von Krebspatienten (Brenner, H. et al. 1991). Grundlage der Analyse sind Daten des Saarländischen Krebsregisters. Die Auswertung konzentrierte sich auf die 45- bis 74-jährigen Patienten, bei denen zwischen 1974 und 1983 erstmals ein kolorektales Karzinom festgestellt wurde. In dem Krebsregister wird auch festgehalten, ob und wann

Tabelle 5

Soziale Schicht und Mortalität

	Odds Ratio[a)]				
	Soziale Schicht[b)]				
	obere Schicht[c)]	obere Mittelschicht	mittlere Mittelschicht	untere Mittelschicht	untere Schicht
Männer	1,00	1,30	1,39*	1,48**	1,56**
Frauen	1,00	1,39	1,98**	1,72*	1,58

*: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$
a) kontrollierte Variablen: Alter, Familienstand 1984/86, Risikofaktoren 1984/86 (Rauchen, Bluthochdruck, Körpergewicht, sportliche Aktivität, Alkoholkonsum), Gesundheitszustand 1984/86 (Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes, Anzahl chronischer Krankheiten)
b) Index aus Schulbildung, beruflicher Stellung und Einkommen
c) Vergleichsgruppe
Stichprobe: 4 319 Männer und 4 125 Frauen (35–69 Jahre, Deutsche, alte Bundesländer)
Datenbasis: Nationale Gesundheitssurveys 1984/86 (DHP-Studie)
Quelle: Helmert, U. (2003b)

Tabelle 6

Beruflicher Status und Todesfälle nach Erst-Infarkt

	Männer		Frauen	
	oberer Status[a)]	unterer Status[b)]	oberer Status[a)]	unterer Status[b)]
Anzahl Personen	325	439	107	32
Todesfälle (in %)	*9,23*	*14,58*	*6,54*	*12,50*

a) Akademiker, Führungskräfte, Büro- und Verwaltungskräfte
b) Handwerker, Arbeiter
Datenbasis: Herzinfarkt-Fälle in der Region Augsburg 1984–1993
Quelle: Mielck, A. (2000)

die Patienten verstorben sind. Aus der Differenz zwischen der ersten Diagnose des kolorektalen Karzinoms und dem Todeszeitpunkt lässt sich daher für jeden Patienten die Überlebenszeit nach der Erst-Diagnose berechnen. Des Weiteren sind für jeden Patienten folgende Angaben vorhanden: Alter, Geschlecht, Ausbreitungsgrad des Karzinoms bei der ersten Diagnose, Gemeindekennziffer des Wohnortes. Es fehlen aber Angaben über die Ausbildung, den Beruf und das Einkommen der Patienten. Zur sozioökonomischen Charakterisierung wurden daher Merkmale der Gemeinde herangezogen, in der die Patienten zur Zeit der ersten Diagnose wohnten. Verwendet werden hierfür vor allem Angaben über den Anteil der Arbeiter und den Anteil der Personen mit Hauptschulabschluss in der jeweiligen Gemeinde. Auf dieser Basis konnte der sozioökonomische Status der Gemeinde berechnet werden.

Die Auswertungen zeigen erwartungsgemäß, dass die Überlebenszeit vor allem vom Ausbreitungsgrad des Karzinoms bei der Erst-Diagnose abhängt. Wenn sowohl der Ausbreitungsgrad als auch Alter, Geschlecht, Jahr der Erst-Diagnose und Gemeindegröße statistisch kontrolliert wurden, zeigte sich jedoch sowohl beim Kolon- als auch beim Rektum-Karzinom ein statistisch signifikanter Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status der Gemeinde: Das relative Sterberisiko ist bei Patienten aus Gemeinden mit niedrigem Status ca. 1,25-mal so hoch wie bei Patienten aus Gemeinden mit höherem Status (Tabelle 7).

Bei der Interpretation dieses Ergebnisses muss gefragt werden, welcher Einfluss vom sozioökonomischen Status des einzelnen Patienten und welcher Einfluss vom sozioökonomischen Status bzw. bestimmten Merkmalen der Gemeinde ausgehen kann. Beides kann, muss aber nicht miteinander zusammenhängen. Diese Merkmale können z. B. darin bestehen, dass sich die hier wohnenden Patienten besonders ungesund verhalten, oder dass die gesundheitliche Versorgung in diesen Gemeinden schlechter als in anderen Gemeinden ist.

Tabelle 7

Soziale Schicht und Überlebenszeit bei kolorektalem Karzinom

Soziale Schicht[b)]	**Relatives Sterberisiko[a)] (95% Konfidenz-Intervall)**		
	Kolon-Karzinom (ICD-9 :153)	Rektum-Karzinom (ICD-9 :154)	Kolon/Rektum-K. (ICD-9 : 153+154)
hoch	1,00[c)]	1,00[c)]	1,00[c)]
mittel	1,04 (0,87–1,25)	1,05 (0,86–1,28)	1,04 (0,91–1,19)
niedrig	1,22 (1,01–1,47)	1,32 (1,09–1,60)	1,25 (1,10–1,43)

[a)] Zeitraum zwischen erster Diagnose und Tod; kontrollierte Variablen: Alter, Geschlecht, Jahr der Erst-Diagnose, Ausbreitungsgrad bei Erst-Diagnose, Gemeindegröße
[b)] Sozialer Status der Wohngemeinde der Patienten
[c)] Vergleichsgruppe
Stichprobe: 2 627 Patienten (45–74 Jahre) mit kolorektalem Karzinom aus dem Saarland
Datenbasis: Im Saarländischen Krebsregister 1974–1983 neu registrierte Patienten
Quelle: Brenner, H. et al. (1991)

3.3 Empirische Ergebnisse aus Deutschland zur Morbidität

3.3.1 Design und Aussagekraft von Studien

125. Über sozioökonomische Unterschiede in der Morbidität ist erheblich mehr bekannt als über sozioökonomische Unterschiede in der Mortalität. Dies liegt vor allem daran, dass relativ viele Bevölkerungsbefragungen zur Morbidität durchgeführt werden und diese Studien so gut wie immer Fragen zum sozioökonomischen Status enthalten. Hervorzuheben ist vor allem die ‚Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie' (DHP-Studie). Das Ziel der Studie war die Verringerung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in ausgewählten Interventions-Regionen in Berlin, Bremen, Bruchsal/Mosbach/ Oestringen, Karlsruhe, Stuttgart und Traunstein (Forschungsverbund DHP 1998). Um den Erfolg der Intervention zu überprüfen, wurde in den Interventions-Regionen dreimal (1984/85, 1987/88, 1991/92) eine repräsentative Stichprobe der Bevölkerung zwischen 25 und 69 Jahren gezogen. Diese drei ‚Regionalen Untersuchungssurveys' beinhalteten Befragungs- und Untersuchungsdaten von jeweils ca. 10 000 Personen. Da der Erfolg in den Interventions-Regionen nur mit Hilfe von Vergleichszahlen aus der übrigen Bundesrepublik beurteilt werden kann, wurde zudem eine repräsentative Stichprobe aus den anderen Regionen der alten Bundesländer gezogen und in gleicher Weise befragt und untersucht. Die publizierten Ergebnisse zur gesundheitlichen Ungleichheit beruhen häufig auf diesen ‚Nationalen Untersuchungssurveys' aus den Jahren 1984/85, 1987/88 und 1990/91. Sie beinhalten Angaben von jeweils ca. 5 000 Personen und können als repräsentativ für die alten Bundesländer gelten. Um eine größere Stichprobe zu erhalten, sind in einigen Publikationen Daten aus den nationalen und den regionalen Surveys zusammengefasst worden. Ein vergleichbarer Datensatz für die Jahre 1997/98 unter Einschluss der neuen Bundesländer liegt aus dem Bundes-Gesundheitssurvey vor (vgl. Bellach, B.M. et al. 1998). Befragt und untersucht wurden ca. 7 200 repräsentativ ausgewählte Personen im Alter von 18–79 Jahren.

Ebenso wie in den meisten Bevölkerungsbefragungen ist auch bei diesen Studien mit ‚Repräsentativität' nicht gemeint, dass die Ergebnisse für alle in der Bundesrepublik lebenden Personen aus dem angesprochenen Altersbereich gelten.[31] Die DHP-Stichprobe beinhaltet nur Personen, welche die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, in Privathaushalten leben und in der Einwohnermeldedatei mit diesem Hauptwohnsitz gemeldet sind. Ausgeschlossen wurden nicht nur Ausländer, sondern z. B. auch Personen, die in Kasernen oder Heil- und Pflegeanstalten leben. Beim ‚Bundes-Gesundheitssurvey' wurden diese Einschlusskriterien etwas gelockert. Eingeschlossen wurden auch Ausländer mit ‚ausreichend guten Deutschkenntnissen'. Die Teilnahmerate lag z. B. bei den verschiedenen Surveys der DHP-Studie zwischen 65,9 % und 83,3 % (Helmert, U. 2003).

Aus Deutschland liegen zu relativ vielen Krankheitsgruppen empirische Analysen über statusspezifische Unterschiede vor. Im Folgenden sollen einige besonders aussagekräftige Ergebnisse aus diesen Studien vorgestellt werden. Die Darstellung ist nicht nach den Indikatoren für den sozioökonomischen Status gegliedert, sondern nach Krankheitsgruppen. Dies ist vor allem darin begründet, dass für verschiedene Krankheitsgruppen unterschiedliche Ergebnisse gefunden werden.

3.3.2 Allgemeiner Gesundheitszustand

3.3.2.1 Ergebnisse für Kinder und Jugendliche

126. Bei Kindern kann die Berechnung der Schichtzugehörigkeit auf Angaben zur Ausbildung, zum beruflichen Status und/oder zum Einkommen ihrer Eltern beruhen. Wenn in einer Studie sowohl Kinder als auch ihre Eltern einbezogen werden, lassen sich diese Angaben direkt von den Eltern erfragen. Wenn die Eltern an der Be-

[31] Wenn bestimmte Personengruppen nicht eingeschlossen wurden (z. B. Obdachlose, Strafgefangene), und/oder wenn bei Personengruppen eine niedrige Teilnahmerate zu erwarten ist (z. B. bei Personen mit sehr niedrigem Einkommen oder kranken Personen), können Ergebnisse zur gesundheitlichen Ungleichheit verzerrt werden.

fragung von Kindern nicht teilnehmen, ist die Zuordnung zu einer sozialen Schicht problematisch, da Kinder eine zumeist ungenaue Vorstellung von der Ausbildung, dem Beruf und/oder dem Einkommen ihrer Eltern besitzen. In solchen Fällen kann der sozioökonomische Status der Familie ggf. mit kindgerechten Fragen erfasst werden. Dieses Vorgehen wurde bei einer 1994 durchgeführten Befragung von 3 328 Schülern zwischen 11 und 15 Jahren in Nordrhein-Westfalen gewählt (Klocke, A. u. Hurrelmann, K. 1995). Zur Bestimmung der sozialen Schicht wurden die Schüler gefragt, welchen Bildungsabschluss und welchen Beruf ihre Eltern haben, wie viele PKWs sie besitzen, wie viele Urlaubsreisen die Familie im letzten Jahr unternommen hat und ob der Schüler über ein eigenes Zimmer verfügt. Aufgrund dieser Angaben wurden fünf soziale Schichten unterschieden.

Die Fragen zum Gesundheitszustand betreffen sowohl physische als auch psychische Beschwerden. Die Ergebnisse zeigen, dass die subjektive Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustandes auch von der sozialen Schicht abhängt und sich die Schüler aus der unteren sozialen Schicht kränker fühlen als die Schüler aus der oberen sozialen Schicht (vgl. Tabelle 8). In einer später vorgestellten Auswertung dieser Daten wurden die Schüler in fünf gleich große Gruppen (Quintile) eingeteilt (Klocke, A. 1997). Gesundheitliche Ungleichheiten waren dabei zwar ebenfalls deutlich zu erkennen; sie fielen aber weniger groß aus als in Tabelle 8. Bestätigt werden die Ergebnisse zu diesem Zusammenhang durch eine vergleichbare Befragung aus dem Jahr 1998 (Klocke, A. 2001).

Eine umfangreiche und aussagekräftige Datenbasis für empirische Analysen zur gesundheitlichen Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen bieten die schulärztlichen Untersuchungen. Die verfügbaren Daten der schulärztlichen Untersuchungen beinhalten in der Regel aber keine Angaben zum sozioökonomischen Status der Eltern, so dass diese Angaben mit Hilfe eines Fragebogens erfasst werden müssen. In Brandenburg wurde die Schuleingangsuntersuchung von 1994 durch eine Befragung der Eltern zu Themen wie eigene Ausbildung, berufliche Stellung und Wohnbedingungen ergänzt. Die Teilnahme der Eltern an dieser Zusatzerhebung war freiwillig. Die Auswertungen zeigen wiederum, dass die Morbidität bei Kindern aus der unteren sozialen Schicht hoch ist und mit zunehmender sozialer Schicht abnimmt (Ministerium 1997a/b).

Eine weitere Möglichkeit zur Bestimmung des sozioökonomischen Status bei Kindern ergibt sich durch die verschiedenen Schultypen. Die Unterscheidung zwischen Hauptschule, Realschule und Gymnasium erlaubt eine relativ klare sozioökonomische Rangordnung. Dieses Verfahren wurde bei einer Studie aus dem Raum Heidelberg gewählt. Die Befragung von Kindern aus der vierten und fünften Klasse ergab, dass Hauptschüler erheblich häufiger als Gymnasiasten angeben, Kopf-, Hals-, Bauch- oder Rückenschmerzen zu haben, und zwar sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen (Pötschke-Langer, M. 1998). Zum Teil sind die Unterschiede gering, einige gesundheitliche Beschwerden (z. B. Rückenschmerzen) sind bei Hauptschülern jedoch ungefähr doppelt so häufig wie bei Gymnasiasten (Tabelle 9).

Tabelle 8

Soziale Schicht und allgemeiner Gesundheitszustand bei Schulkindern

	Prävalenz (Angaben in %)[a)]					
	Soziale Schicht der Eltern[b)]					
	1(oben)	2	3	4	5(unten)	Insg.
Anteil in der Stichprobe	*6,2*	*26,2*	*24,2*	*38,1*	*5,3*	*100,0*
Schlechter Gesundheitszustand [c]	*1*	*5*	*8*	*7*	*16*	*7*
Kopfschmerzen[c)]	*9*	*11*	*13*	*11*	*22*	*12*
Rückenschmerzen[c)]	*7*	*7*	*9*	*10*	*16*	*9*
Nervosität[c)]	*8*	*13*	*15*	*12*	*22*	*13*
Schlechtes Einschlafen[c)]	*16*	*15*	*18*	*17*	*26*	*17*
Hilflosigkeit[d)]	*3*	*5*	*6*	*7*	*14*	*6*
Einsamkeit[e)]	*9*	*8*	*9*	*14*	*19*	*11*

[a)] Kontrolle von Alter und Geschlecht
[b)] Index aus: Ausbildung und Beruf der Eltern, finanzielle Lage der Familie
[c)] täglich oder öfters pro Woche
[d)] immer oder sehr oft
[e)] sehr oft oder ziemlich oft
Stichprobe: 3 328 Schüler (11–15 Jahre) in Nordrhein-Westfalen
Datenbasis: Befragung 1994
Quelle: Klocke, A. u. Hurrelmann. K. (1995)

Tabelle 9

Schultyp und allgemeiner Gesundheitszustand bei Schulkindern

	Angaben zu gesundheitlichen Beschwerden (in %)			
	Jungen		Mädchen	
	Gymnasium	Hauptschule	Gymnasium	Hauptschule
Anzahl der Kinder	*315*	*337*	*345*	*294*
Kopfschmerzen	*7,9*	*10,4*	*8,7*	*18,0*
Halsschmerzen	*3,8*	*4,8*	*3,5*	*6,8*
Husten/Heiserkeit	*8,6*	*10,1*	*6,1*	*11,6*
Bauchschmerzen	*3,8*	*6,8*	*7,5*	*15,0*
Rückenschmerzen	*2,2*	*4,5*	*3,2*	*6,8*

Stichprobe: 1 766 Kinder (9–11 Jahre) aus Hauptschule, Realschule und Gymnasium
Datenbasis: Befragung 1996 in Heidelberg und weiteren Schulen im Rhein-Neckar-Kreis
Quelle: Pötschke-Langer, M. (1998)

3.3.2.2 Ergebnisse für Erwachsene

127. Bezogen auf Erwachsene liegen aus Deutschland mehrere empirische Studien über statusspezifische Unterschiede beim allgemeinen Gesundheitszustand vor. Viele von ihnen beruhen auf Daten der DHP-Studie. Dort wird der allgemeine Gesundheitszustand im Wesentlichen über drei Fragen erfasst:

– „Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?“ (Antwortvorgaben: sehr gut, gut, zufrieden stellend, weniger gut, schlecht),

– „Von kurzen Erkrankungen einmal abgesehen: Behindert Sie Ihr Gesundheitszustand bei der Erfüllung alltäglicher Aufgaben, z. B. im Haushalt, im Beruf oder in der Ausbildung?“ (Antwortvorgaben: überhaupt nicht, ein wenig, erheblich), und

– „Wie zufrieden sind Sie heute mit Ihrer Gesundheit?“ (Ankreuzen eines Kästchens von 1 (sehr unzufrieden) bis 7 (sehr zufrieden)).

Diese Fragen sind zwar relativ unspezifisch, doch wird an ihrer Aussagekraft in der Public Health Forschung nicht gezweifelt. So konnte z. B. in Längsschnittsuntersuchungen wiederholt gezeigt werden, dass die allgemeine Einschätzung des Gesundheitszustandes sogar eine Prognose der Mortalität ermöglicht (Idler, E. u. Benyamini, Y. 1997). Inzwischen liegt auch eine Bestätigung auf der Basis von Daten aus Deutschland vor (Helmert, U. 2003).

Ähnlich wie viele andere empirische Studien zur gesundheitlichen Ungleichheit zeigen Auswertungen im Rahmen der DHP-Studie zwischen 1984 und 1991, dass der Gesundheitszustand mit abnehmendem sozioökonomischem Status stufenweise schlechter wird. Dieser ‚Gradient‘ führt dazu, dass sich der größte Unterschied im Gesundheitszustand dann ergibt, wenn die oberste mit der untersten Gruppe verglichen wird. In der Auswertung von U. Helmert et al. (1997) ergibt dieser Vergleich, dass die Morbidität in der unteren Einkommensgruppe 1,6- bis 2,8-mal so hoch ist wie in der oberen Einkommensgruppe (Tabelle 10). Die Definition von ‚Armut‘ erfolgt dabei mittels des Indikators „maximal 50 % des durchschnittlichen Äquivalenzeinkommens“.

Wie oben beschrieben kann Armut nicht nur über das Haushaltsnettoeinkommen, sondern alternativ über den Bezug von Sozialhilfe definiert werden. Bisher sind jedoch nur wenige Arbeiten über den Gesundheitszustand von Sozialhilfeempfängern publiziert worden. Eine Auswertung der Mikrozensus-Daten ergab für die Altersgruppe 40–64 Jahre, dass der Anteil der kranken oder durch einen Unfall verletzten Personen bei den Sozialhilfeempfängern mit ca. 33 % höher ist als im Durchschnitt aller Erwerbstätigen (ca. 11 %; Statistisches Bundesamt 1992).

In einer weiteren Auswertung der DHP-Daten wurde zur Kennzeichnung der sozialen Ungleichheit nicht das Einkommen, sondern der Index ‚soziale Schicht‘ verwendet (vgl. Tabelle 11). Ergebnisse werden für zwei Zeitpunkte getrennt dargestellt, so dass Aussagen zur zeitlichen Stabilität der gesundheitlichen Ungleichheit möglich sind. Zum einen wird deutlich, dass der Gesundheitszustand mit abnehmendem Sozialstatus zumeist stufenweise schlechter wird und die Morbidität bei den Angehörigen der unteren sozialen Schicht 1,9- bis 7,0-mal höher als bei Angehörigen der oberen sozialen Schicht ist. Zum anderen zeigt sich, dass die Ergebnisse in dem kurzen Zeitraum zwischen 1984/86 und 1987/88 erheblich schwanken. Diese Schwankungen sind vor allem darauf zurückzuführen, dass pro Stichprobe nur ca. 5 100 Personen einbezogen wurden. Bei einer Unterteilung nach Geschlecht und sozialer Schicht verbleiben in jeder Untergruppe nur relativ wenige Personen. Die meisten Studien sind mit diesem Problem kleiner Fallzahlen konfrontiert; das exakte Ausmaß der gesundheitlichen Ungleichheit lässt sich daher kaum bestimmen. Unstrittig ist aber, dass eine statistisch signifikante gesundheitliche Ungleichheit vorliegt.

Tabelle 10

Armut und allgemeiner Gesundheitszustand bei Erwachsenen

		Odds Ratio (95 % Konfidenz-Intervall)[a]	
		Haushalts-Nettoeinkommen[b]	
		hoch[c]	niedrig (Armut)[d]
Schlechter Gesundheitszustand[e]	Männer	1,00	1,92 (1,71–2,16)
	Frauen	1,00	1,70 (1,54–1,88)
Behinderung täglicher Aufgaben[f]	Männer	1,00	2,78 (2,45–3,16)
	Frauen	1,00	1,62 (1,43–1,83)
Unzufriedenheit mit Gesundheits-zustand[g]	Männer	1,00	2,51 (2,20–2,87)
	Frauen	1,00	1,82 (1,61–2,06)

[a] kontrollierte Variable: Alter
[b] Pro-Kopf (Äquivalenzierung)
[c] mindestens 200 % des durchschnittlichen Einkommens (Vergleichsgruppe)
[d] maximal 50 % des durchschnittlichen Einkommens
[e] Einschätzung des eigenen gegenwärtigen Gesundheitszustandes als weniger gut oder schlecht
[f] Behinderung täglicher Aufgaben durch den Gesundheitszustand
[g] Werte 1–3: Gesundheits-Zufriedenheit von 1 (sehr unzufrieden) bis 7 (sehr zufrieden)
Stichprobe: 25 544 Männer und 25 719 Frauen (alte Bundesländer, 25–69 Jahre, Deutsche)
Datenbasis: Befragung 1984/86, 1987/88 und 1990/91 (DHP-Studie)
Quelle: Helmert et al. (1997)

Tabelle 11

Soziale Schicht und allgemeiner Gesundheitszustand bei Erwachsenen

			Odds Ratio[a]				
			Soziale Schicht[b]				
		in %	obere Schicht	obere Mittels.	mittlere Mittels.	untere Mittels.	untere Schicht
Schlechter Gesundheitszustand[c]							
Männer	1984/86	*13,7*	1,0	1,14*	1,25	1,27	1,86**
	1987/88	*15,1*	1,0	1,77**	2,23***	2,58***	4,13***
Frauen	1984/86	*18,1*	1,0	1,75*	1,93**	2,39***	2,58***
	1987/88	*14,2*	1,0	1,52	1,72*	2,66***	3,32***
Behinderung täglicher Aufgaben[d]							
Männer	1984/86	*9,0*	1,0	1,13	1,39*	1,65	3,52***
	1987/88	*10,7*	1,0	2,18**	2,95***	4,22***	7,03***
Frauen	1984/86	*10,0*	1,0	1,82	1,95	2,58**	2,25**
	1987/88	*8,5*	1,0	2,25**	2,61**	3,42***	3,63***

*: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$; ***: $p < 0,001$
[a] Vergleichsgruppe: obere soziale Schicht; kontrollierte Variable: Alter
[b] Index aus Schulbildung, beruflicher Stellung und Einkommen
[c] Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes als weniger gut oder schlecht
[d] erhebliche Behinderung täglicher Aufgaben durch Gesundheitszustand
Stichprobe: 5 004 Männer und 5 237 Frauen (alte Bundesländer, 25-69 Jahre, Deutsche)
Datenbasis: Befragung 1984/86, 1987/88 (DHP-Studie)
Quelle: Helmert, U. (1994)

Insgesamt ergeben die empirischen Ergebnisse zum allgemeinen Gesundheitszustand ein klares Bild: Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status weisen eine relativ hohe Morbidität auf, Kinder und Jugendliche ebenso wie Erwachsene und Frauen ebenso wie Männer. Die nachfolgenden Abschnitte enthalten empirische Ergebnisse zu einzelnen Krankheitsgruppen.

3.3.3 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

128. Herz-Kreislauf-Erkrankungen treten vor allem bei älteren Personen auf. Dementsprechend konzentrieren sich Studien zu gesundheitlichen Ungleichheiten bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf die höheren Altersgruppen.

Bei einer Auswertung von DHP-Daten zum Thema ‚Armut und Gesundheitszustand' (vgl. Tabelle 10) wurden Daten zu mehreren Krankheitsgruppen analysiert, u. a. Herzinfarkt und Schlaganfall. Die Häufigkeit dieser Erkrankungen nimmt mit abnehmendem Einkommen zu. Verglichen mit der obersten Einkommensgruppen treten sie in der untersten Gruppe ca. 1,5- bis 1,6-mal häufiger auf (Tabelle 12).

Bei der Auswertung von Daten aus der AOK Mettmann berücksichtigten R. Peter und S. Geyer (1999) Angaben zur Diagnose ‚erster Herzinfarkt' (ICD-9, 410). Die Daten sind nicht repräsentativ für die Gesamtbevölkerung, weisen aber verglichen mit Daten aus Bevölkerungsbefragungen den Vorteil auf, dass sie auf ärztlich bestätigten Angaben basieren. Die Ergebnisse zeigten, dass Herzinfarkte bei Männern mit einer geringeren schulischen und beruflichen Ausbildung überproportional häufig vorkommen. Bei Frauen zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied (Tabelle 13). Ein Abgleich von Ergebnissen aus den beiden Datenquellen ‚Bevölkerungsbefragung' und ‚Krankenkasse' zeigt, dass der Nachweis gesundheitlicher Ungleichheit nicht davon abhängt, ob ärztlich bestätigte Diagnosen oder Fragebogenantworten verwendet werden.

Ergebnisse zur gesundheitlichen Ungleichheit liegen für verschiedene Altersgruppen vor. Ein mögliches Problem bei der Differenzierung nach Altersgruppen besteht in der geringen Fallzahl pro Altersgruppe. Die Schätzung der Häufigkeit pro Altersgruppe ist daher mit Unsicherheit behaftet. In Tabelle 14 werden Ergebnisse für die untere, mittlere und obere soziale Schicht wiedergegeben. Sie zeigen, dass die Prävalenz des Herzinfarkts in der unteren sozialen Schicht höher ist als in der oberen, und zwar sowohl bei Männern als auch bei Frauen und dies in allen Altersgruppen. Diese schichtspezifischen Unterschiede nehmen aber mit zunehmendem Alter ab.

Beim Schlaganfall zeigte sich in der Untersuchung eine vergleichbare Altersabhängigkeit der gesundheitlichen Ungleichheit.

Tabelle 12

Armut und Herzinfarkt/Schlaganfall

	Odds Ratio (95 % Konfidenz-Intervall)[a)]	
	Haushalts-Nettoeinkommen[b)]	
Herzinfarkt und/oder Schlaganfall[e)]	hoch[c)]	niedrig (Armut)[d)]
Männer	1,00	1,59 (1,29–1,97)
Frauen	1,00	1,55 (1,20–2,00)

a) kontrollierte Variable: Alter
b) Pro-Kopf (Äquivalenzierung)
c) mindestens 200 % des durchschnittlichen Einkommens (Vergleichsgruppe)
d) maximal 50 % des durchschnittlichen Einkommens
e) Lebenszeit-Prävalenz (jemals aufgetreten)

Stichprobe: 25 544 Männer und 25 719 Frauen (alte Bundesländer, 25–69 Jahre, Deutsche)
Datenbasis: Befragung 1984/86, 1987/88 und 1990/91 (DHP-Studie)
Quelle: Helmert et al. (1997)

Tabelle 13

Bildung und Herzinfarkt

	Herzinfarkt-Prävalenz	
	Odds Ratio (95 % Konf. Intervall)[a]	
	Männer	Frauen
Abitur, Fachhochschul-/Universitätsabschluss[b]	1,00	1,00
Haupt-/Realschule mit abgeschl. Berufsausbildung	3,41 (2,16–5,40)	1,03 (0,47–2,26)
Haupt-/Realschule ohne abgeschl. Berufsausbildung	3,96 (2,49–6,28)	1,47 (0,68–3,17)

[a] Kontrollierte Variablen: Alter, Beobachtungsdauer
[b] Vergleichsgruppe
Stichprobe: Mitglieder der AOK Mettmann (92 843 Männer, 39 412 Frauen; 30–69 Jahre, Mitgliedschaft in der AOK mindestens 365 Tage)
Datenbasis: Prozessdaten der AOK aus den Jahren 1987 bis 1996
Quelle: Peter, R. u. Geyer, S. (1999)

Tabelle 14

Soziale Schicht und Herzinfarkt

		Häufigkeit von Herzinfarkt[a] (in %)			
		Soziale Schicht[b]			
		obere Schicht	mittlere Schicht	untere Schicht	untere Schicht/ obere Schicht
Männer	40–49 Jahre	*0,8*	*1,7*	*2,0*	*2,5*
	50–59 Jahre	*3,4*	*6,0*	*7,4*	*2,2*
	60–69 Jahre	*7,5*	*10,6*	*11,6*	*1,5*
Frauen	40–49 Jahre	*0,1*	*0,5*	*1,2*	*12,0*
	50–59 Jahre	*0,8*	*1,7*	*2,4*	*3,0*
	60–69 Jahre	*3,4*	*2,6*	*5,3*	*1,6*

[a] Lebenszeit-Prävalenz (jemals aufgetreten)
[b] Index aus Schulbildung, beruflicher Stellung und Einkommen (Unterteilung in 5 gleich große Gruppen; hier nur 3 von 5 Ausprägungen wiedergegeben)
Stichprobe: 12 445 Männer und 13 335 Frauen (40–69 Jahre, Deutsche, alte Bundesländer)
Datenbasis: Nationale und regionale Gesundheitssurveys 1984-1992 (DHP-Studie)
Quelle: Helmert, U. et al. (1993)

3.3.4 Diabetes mellitus

129. Eine Analyse von DHP-Daten (Helmert, U. et al. 1994) ergab, dass die Prävalenz von Diabetes mellitus mit abnehmendem sozialem Status zunimmt und in der unteren sozialen Schicht ungefähr doppelt so hoch wie in der oberen ist (Tabelle 15). Hervorzuheben ist, dass zusätzlich zum Alter auch die Variable *‚Body Mass Index'* statistisch kontrolliert wurde.[32] Die ausgewiesenen schicht-spezifischen Unterschiede in der Prävalenz des Diabetes mellitus können daher nicht durch Unterschiede beim Alter oder beim Übergewicht erklärt werden.

Bei Diabetes mellitus zeigt sich im Gegensatz zum Herzinfarkt beim Ausmaß der gesundheitlichen Ungleichheit keine deutliche Altersabhängigkeit. Dies ist ein Hinweis darauf, dass Ergebnisse, die für eine Krankheit gefunden werden, nicht unbedingt auf eine andere Krankheit übertragen werden dürfen. Generell muss davor gewarnt werden, Ergebnisse zu spezifischen Erkrankungen zu verallgemeinern.

Ergebnisse einer Auswertung der Daten, die 1997/98 im Rahmen des Bundes-Gesundheitssurveys erhoben wurden, belegen ebenfalls, dass die Prävalenz des Diabetes

[32] Der *‚Body Mass Index'* wird berechnet, indem das Körpergewicht einer Person durch ihre Körpergröße dividiert wird (Körpergewicht/Größe^2); dieses Maß wird vor allem zur Erfassung des Übergewichts verwendet.

Tabelle 15

Soziale Schicht und Diabetes mellitus

	Odds Ratio (95% Konfidenz-Intervall)[a] für Diabetes[b]				
	Soziale Schicht[c]				
	obere Schicht[d]	obere Mittelschicht	mittlere Mittelschicht	untere Mittelschicht	untere Schicht
Männer	1,00	1,46 (0,98–2,18)	1,39 (0,94–2,06)	1,70 (1,17–2,48)	1,85 (1,28–2,67)
Frauen	1,00	1,44 (0,81–2,56)	1,63 (0,93–2,81)	1,89 (1,10–3,27)	2,07 (1,21–3,52)

[a] Kontrollierte Variablen: Alter, *Body Mass Index* (Körpergewicht/Größe²)
[b] Lebenszeit-Prävalenz (jemals aufgetreten)
[c] Index aus Schulbildung, beruflicher Stellung und Einkommen
[d] Vergleichsgruppe
Stichprobe: 7 663 Männer und 7 722 Frauen (25–69 Jahre, Deutsche, alte Bundesländer)
Datenbasis: Nationale Gesundheitssurveys 1984–1991 (DHP-Studie)
Quelle: Helmert, U. et al. (1994)

mellitus mit abnehmender sozialer Schicht zunimmt, und zwar bei Männern und Frauen und sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern (Knopf, H. et al. 1999).[33] Ergebnisse anderer Untersuchungen bestätigen diesen Befund. Abgesehen von den Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist Diabetes mellitus vermutlich die Erkrankung, bei der die erhöhte Prävalenz in der unteren sozialen Schicht am häufigsten belegt worden ist.

3.3.5 Krebserkrankungen

130. Die Frage, ob bei Krebserkrankungen ein schichtspezifischer Unterschied vorhanden ist, lässt sich nicht so leicht beantworten wie bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes mellitus. Dies liegt zum einen daran, dass hierzu relativ wenige Studien vorliegen, zum anderen auch daran, dass die vorhandenen Ergebnisse z. T. widersprüchlich sind. Bei folgenden Lokalisationen ist offenbar eine erhöhte Prävalenz in der unteren sozialen Schicht vorhanden: Magen-/Darmkrebs, Lungenkrebs, Nieren-/Blasenkrebs, Leukämie und maligne Lymphome. Bezogen auf Magen-/Darmkrebs kann auf Auswertungen aus der DHP-Studie (Helmert, U. u. Shea, S. 1994) und dem Bundes-Gesundheitssurvey (Knopf, H. et al. 1999) zurückgegriffen werden. Sie zeigen bei Männern eine deutliche Zunahme der Prävalenz mit abnehmender sozialer Schicht (Tabelle 16).

Die im Rahmen eines Gutachtens zur ‚sozialen Ungleichheit bei umweltbedingten Erkrankungen' durchgeführten

[33] Erhoben wurden Daten zum Diabetes mellitus ohne Insulinbehandlung.

Tabelle 16

Soziale Schicht und Magen-/Darmkrebs

	Odds Ratio (95% Konfidenz-Intervall)[a] für Diabetes[b]				
	Soziale Schicht[c]				
	obere Schicht[d]	obere Mittelschicht	mittlere Mittelschicht	untere Mittelschicht	untere Schicht
Männer	1,00	1,24 (1,09–1,47)	1,33 (1,17–1,55)	1,43 (1,26–1,65)	1,68 (1,48–1,93)
Frauen	1,00	1,14 (0,97–1,36)	1,12 (0,95–1,33)	1,13 (0,95–1,36)	1,18 (1,01–1,41)

[a] Kontrollierte Variablen: Alter
[b] Magen-, Zwölffingerdarmgeschwür, Ulcus; Lebenszeit-Prävalenz (jemals aufgetreten)
[c] Index aus Schulbildung, beruflicher Stellung und Einkommen
[d] Vergleichsgruppe
Stichprobe: 21 359 Männer und 22 788 Frauen (25–69 Jahre, Deutsche, alte Bundesländer)
Datenbasis: Befragung 1984/86, 1987/88, 1990/91 (DHP-Studie)
Quelle: Helmert, U. u. Shea, S. (1994)

Recherchen über den Zusammenhang zwischen Krebs-Morbidität und sozialer Schicht lassen sich wie folgt zusammenfassen: Zum Lungenkrebs liegen zwei Studien vor, zu Leukämien und malignen Lymphomen jeweils eine Studie, zum Nieren-/Blasenkrebs zwei Studien. Vier dieser sechs Studien weisen auf eine erhöhte Morbidität in den statusniedrigen Personengruppen hin. Bei Nierenkrebs ist bisher kein klarer Zusammenhang zu erkennen (Heinrich, J. et al. 1998a).

In einer Studie zum Zusammenhang zwischen Brustkrebs und der sozialen Schicht wurde kein signifikanter Zusammenhang gefunden (Maschewsky-Schneider, U. 1997). Auch Auswertungen zum Vorliegen einer nicht spezifizierten Krebserkrankung zeigen keine klare Schichtabhängigkeit (Helmert, U. 1994, Helmert, U. et al. 1997). Die Ergebnisse zu den Krebserkrankungen führen somit zu zwei Aussagen: Bei einigen häufigen Krebslokalisationen, z. B. Magen-/Darmkrebs und Lungenkrebs, ist die Prävalenz in der unteren sozialen Schicht deutlich erhöht. Ein entsprechender Zusammenhang ist aber nicht durchgängig für alle Arten von Neubildungen zu erkennen.

3.3.6 Zahngesundheit

131. Bei der Zahngesundheit besteht ein deutlicher Zusammenhang mit der sozialen Schicht. Hierzu liegen vergleichsweise viele empirische Studien vor, die im Ergebnis weitgehend übereinstimmen. Anhand von Daten aus der ‚Deutschen Mundgesundheitsstudie', die u. a. eine repräsentative Auswahl von Kindern zwischen 8 und 9 bzw. zwischen 13 und 14 Jahren umfasste, lassen sich Unterschiede bei Schulkindern aufzeigen (vgl. Micheelis, W. u. Bauch, J. 1991, 1993; Tabelle 17). In den alten Bundesländern ist die Anzahl erkrankter oder fehlender Zähne bei Kindern aus der unteren sozialen Schicht ungefähr doppelt so hoch wie bei Kindern in der oberen Schicht. Dies gilt sowohl für Milchzähne als auch für die bleibenden Zähne. Auffallend ist ebenfalls, dass die Zahngesundheit von der oberen über die mittlere zur unteren sozialen Schicht kontinuierlich schlechter wird. Für die neuen Bundesländer wurde ein ähnlicher, wenn auch weniger ausgeprägter Befund ermittelt.

Eine vergleichbare Befragung und Untersuchung wurde noch einmal im Jahr 1997 bei 12-jährigen Schulkindern durchgeführt (Micheelis, W. u. Reich, E. 1999). Die Ergebnisse sind wiederum eindeutig (vgl. Tabelle 18). Weitere Auswertungen zeigen, dass ein DMFT-Wert (*Decayed, Missing or Filled Teeth*; kariöse, wegen Karies entfernte oder gefüllte Zähne) von mehr als zwei bei 37 % der Kinder von Arbeitern, aber nur bei 16 % der Kinder von leitenden Angestellten und Beamten beobachtet wurde. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt eine Auswertung nach Schultyp. Danach wiesen 48 % der Sonderschüler einen DMFT-Wert von mehr als zwei auf, aber nur 33 % der Hauptschüler und 20 % der Gymnasiasten (Micheelis, W. 2001).

Aus der ‚Deutschen Mundgesundheitsstudie' liegen auch Ergebnisse über schichtspezifische Unterschiede bei der Zahngesundheit von Erwachsenen vor. Fast alle Indikatoren weisen auf Probleme in der unteren Bildungsgruppe hin (vgl. Tabelle 19).

Tabelle 17

Soziale Schicht und Zahngesundheit bei Schulkindern

		Anzahl erkrankter oder fehlender Zähne[a)]			
		Indikator[c)]	Soziale Schicht der Eltern[b)]		
			obere	mittlere	untere
Anteil in der Stichprobe (in %)	alte Bundesländer		14,8	47,9	37,3
	neue Bundesländer		17,8	47,6	34,6
Alte Bundesländer	8–9 Jahre	dmft	2,2	3,4	5,0
	8–9 Jahre	DMFT	1,0	1,3	2,1
	13–14 Jahre	DMFT	2,9	5,1	6,1
Neue Bundesländer	8–9 Jahre	dmft	3,2	3,9	4,3
	8–9 Jahre	DMFT	1,1	1,0	1,1
	13–14 Jahre	DMFT	3,6	4,3	4,9

a) Anzahl der kariösen, wegen Karies entfernten oder gefüllten Zähne
b) Index aus Ausbildung und beruflicher Stellung der Eltern
c) ‚*Decayed, Missing or Filled Teeth*' (Kleinschreibung: Milchzähne)
Stichprobe: 895 bzw. 788 Kinder aus den alten bzw. neuen Bundesländern (Deutsche)
Datenbasis: Befragung/Untersuchung in den alten (1989) und neuen (1992) Bundesländern
Quelle: Micheelis, W. u. Bauch, J. (1991, 1993)

Tabelle 18

Schulbildung der Eltern und Zahngesundheit der Kinder

	Schlechte Zahngesundheit (in %)		
	Schulbildung der Eltern[a)]		
	hoch	mittel	niedrig
Anteil in der Stichprobe	*24,7*	*34,9*	*40,4*
Plaque in großer Menge vorhanden	*1,9*	*2,8*	*2,9*
Starkes Zahnfleischbluten	*3,2*	*6,1*	*9,2*

[a)] niedrig: Volksschulabschluss, Abschluss der 8. Klasse oder kein Schulabschluss
mittel: Mittlere Reife, Abschluss 10. Klasse (POS);
hoch: Fachhochschulreife oder Abitur
Stichprobe: 715 bzw. 328 Jugendliche (12 Jahre, Deutsche, alte bzw. neue Bundesländer)
Datenbasis: Befragung/Untersuchung 1997
Quelle: Micheelis, W. u. Reich, E. (1999)

Tabelle 19

Schulbildung und Zahngesundheit bei Erwachsenen

		Schlechte Zahngesundheit (in %)		
		Schulbildung[a)]		
		hoch	mittel	niedrig
Anteil in Stichprobe (in %)	Alter 35–44 Jahre	*29,5*	*40,5*	*30,0*
	Alter 65–74 Jahre	*10,6*	*13,6*	*75,8*
Alter 35–44 Jahre	Plaque in großer Menge vorhanden	*0,6*	*2,4*	*8,6*
	Starkes Zahnfleischbluten	*11,3*	*14,6*	*14,9*
	DMFT > 20[b)]	*21,2*	*22,6*	*27,4*
Alter 65–74 Jahre	Plaque in großer Menge vorhanden	*10,6*	*9,5*	*14,3*
	Starkes Zahnfleischbluten	*18,6*	*18,7*	*16,6*
	DMFT > 27[c)]	*28,5*	*35,7*	*44,2*
	kariöse oder gefüllte Wurzelflächen	*9,9*	*10,4*	*14,3*

[a)] niedrig: Volksschulabschluss, Abschluss der 8. Klasse oder kein Schulabschluss
mittel: Mittlere Reife oder Abschluss der 10. Klasse (POS)
hoch: Fachhochschulreife oder Abitur
[b)] mehr als 20 *‚Decayed, Missing, Filled Teeth'* (kariöse, wegen K. entfernte, gefüllte Zähne)
[c)] mehr als 27 *‚Decayed, Missing or Filled Teeth'*
Stichprobe: 449 bzw. 206 Personen (35–44 Jahre alt), 891 bzw. 476 Personen (65–74 Jahre alt) aus den alten bzw. neuen Bundesländern (Deutsche)
Datenbasis: Befragung/Untersuchung 1997
Quelle: Micheelis, W. u. Reich, E. (1999)

Die o. g., in Studien des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) ermittelten Befunde weisen aus mehreren Gründen eine hohe Validität auf. Zum einen beinhalten die Kinderstudien eine Befragung der Eltern zu ihrer Ausbildung und zu ihrem Beruf. Die Berechnung der sozialen Schicht ist mit Hilfe dieser Angaben zuverlässiger als mit Angaben, die mittels einer Befragung der Kinder erhoben wurden. Zum anderen beruhen die Angaben zur Zahngesundheit nicht auf einer Befragung, sondern auf einer ärztlichen Untersuchung. Überdies ist die Fallzahl relativ groß und die Stichprobe weitgehend repräsentativ für Deutschland. Die Studien beschränken sich jedoch auf die ‚deutsche Wohnbevölkerung', d. h. auf die in Privathaushalten lebenden Personen mit deutscher Nationalität. Diese Einschränkung, die auch auf die DHP-Studie zutrifft, wird zumeist nur als Randbemerkung erwähnt, ist aber von Bedeutung. Auch und gerade bei dem Thema der ‚gesundheitlichen Ungleichheit' wäre es sinnvoll, Ausländer und besonders belastete Gruppen wie z. B. Obdachlose einzubeziehen.

3.3.7 Allergien

132. Aus Deutschland liegen relativ viele empirische Studien über sozioökonomische Unterschiede bei Allergien vor (vgl. Heinrich, J. et al. 1998a). Unabhängig von methodischen Unterschieden weisen viele Studien übereinstimmend darauf hin, dass Allergien in der oberen sozialen Schicht überproportional häufig auftreten.

Dieser Zusammenhang zeigt sich unabhängig davon, ob das Vorliegen einer Allergie mit Hilfe eines Fragebogens oder mit Hilfe einer Untersuchung festgestellt wird. Dies wird z. B. in einer Studie aus den neuen Bundesländern deutlich (Heinrich, J. et al. 1998b). Die Frage nach ärztlich bestätigten Diagnosen ergab, dass Allergien in der obersten Bildungsgruppe am häufigsten diagnostiziert worden sind (Tabelle 20). Die im Rahmen der Studie durchgeführten Untersuchungen[34] zeigen das gleiche Bild.

Auch bei Erwachsenen ist die Prävalenz in der oberen sozialen Schicht besonders hoch. Bei einer Auswertung der DHP-Daten zeigte sich wiederum ein ‚Gradient', d. h. die Allergie-Morbidität nahm mit abnehmender sozialer Schicht stufenweise ab (vgl. Helmert, U. u. Shea, S. 1994). Bei einer vergleichbaren Auswertung wurden Einkommensgruppen (statt sozialer Schichten) miteinander verglichen. Auch hier war die Prävalenz in den oberen Einkommensgruppen signifikant höher ist als in der unteren. Bei Männern wurde eine Erhöhung auf das 1,9fache und bei Frauen auf das 1,5fache errechnet (Helmert, U. et al. 1997).

Allergien sind nach den vorliegenden Ergebnissen eine Ausnahme von der ‚Regel', dass zumeist die unteren Statusgruppen eine überproportional hohe Morbidität und Mortalität aufweisen.

3.3.8 Atemwegserkrankungen

133. Studien zum Zusammenhang zwischen dem sozialen Status und Asthma bronchiale beziehen sich fast durchgängig auf Kinder und Jugendliche (vgl. Heinrich, J. et al. 1998a). Zusammenfassend betrachtet lassen diese Studien keinen klaren Zusammenhang zwischen Asthma bronchiale und Sozialstatus erkennen. Einige Untersuchungen zeigen einen positiven Zusammenhang, d. h. eine höhere Prävalenz in den oberen Statusgruppen, andere dagegen einen negativen Zusammenhang, d. h. eine höhere Prävalenz in unteren Statusgruppen. Zum Teil wurde auch kein Zusammenhang festgestellt.

[34] Durchgeführt wurde ein Haut-Prick-Test mit 12 Allergenen.

Tabelle 20

Schulbildung der Eltern und Allergien der Kinder

		Prävalenz (in %)		
		Schulbildung der Eltern[a]		
		mehr als 10 Jahre	10 Jahre	weniger als 10 Jahre
Anteil in der Stichprobe		*42,8*	*49,2*	*8,0*
Befragung[b]	Allergische Rhinitis	*5,0*	*4,1*	*1,1*
	Allergische Reaktion	*15,3*	*12,6*	*10,5*
Untersuchung	Allergie[c]	*22,1*	*20,6*	*11,5*

[a] Höchster Schulabschluss von Mutter oder Vater
[b] Ärztlich bestätigte Diagnosen (Lebenszeit-Prävalenz, Befragung der Eltern)
[c] Haut-Prick-Test (positive Reaktion auf mindestens eines der 12 getesteten Allergene)
Stichprobe: 2 471 Kinder (5–14 Jahre) aus Hettstedt, Zerbst und Bitterfeld
Datenbasis: Befragung/Untersuchung 1992/93 (Bitterfeld-Studie)
Quelle: Heinrich, J. et al. (1998b)

In einer Studie (Mielck, A. et al. 1996) wird ein möglicher Grund für dieses unklare Bild erkennbar. Bei einer Auswertung von Daten aus der ‚Münchner Asthma- und Allergiestudie' standen die beiden folgenden Fragen im Mittelpunkt: Welche Beziehung besteht zwischen dem sozioökonomischen Status und der Prävalenz kindlichen Asthmas? Hängt diese Beziehung vom Schweregrad des kindlichen Asthmas ab? Die Datenanalyse beruhte auf der Untersuchung von allen Kindern der 4. Schulklasse in München und auf der Befragung ihrer Eltern. Ausgewertet wurden Angaben von insgesamt 4 434 Kindern zwischen 9 und 11 Jahren mit deutscher Nationalität. Die Untersuchung bestand vor allem aus einem Allergietest beim Kind (*‚Skin Prick Test'* auf Birken-, Hasel- und Gräserpollen, auf Katzen- und Hundehaare und auf Hausstaubmilben). Der Elternfragebogen beinhaltete u. a. die beiden folgenden Fragen:

– „Ist von einem Arzt bei Ihrem Kind schon einmal Asthma bronchiale, asthmoide oder spastische Bronchitis festgestellt worden?"

– „Wenn Ja: Wie häufig traten die Beschwerden (Asthmaanfälle, Atemnot, Hustenattakken) in den letzten 12 Monaten auf?"

Mit Hilfe der Antworten auf die zweite Frage wurde ein Schweregrad gebildet mit den drei Stufen ‚leichtes Asthma' (ein bis vier Anfälle im letzten Jahr), ‚mittleres Asthma' (fünf bis zehn Anfälle) und ‚schweres Asthma' (mehr als zehn Anfälle).

Eine einfache Auszählung der Häufigkeit des kindlichen Asthmas nach Schweregrad und Schulbildung der Eltern zeigt, dass insgesamt 5,6 % aller Kinder unter Asthma leiden, und dass leichtes Asthma häufiger als mittleres oder schweres Asthma ist (vgl. Tabelle 21). Es wird auch deutlich, dass bei der unteren Schulbildungsgruppe leichtes Asthma seltener und schweres Asthma häufiger ist als bei der oberen Schulbildungsgruppe. Bei einer Zusammenfassung aller Schweregrade zeigt sich daher kaum ein größerer Unterschied nach der Schulbildung der Eltern. Weitergehende Analysen haben ergeben, dass, bei statistischer Kontrolle der Variablen ‚Geschlecht des Kindes', schweres Asthma in der unteren Schulbildungsgruppe ca. 2,4-mal häufiger auftritt als in der oberen.

Die Analyse macht deutlich, dass beim schweren – im Gegensatz zum leichten und mittelschweren – Asthma eine höhere Prävalenz in unteren Statusgruppen feststellbar ist. Zusammenhänge zwischen Schweregraden von Krankheiten und dem sozioökonomischen Status wurden ansonsten selten untersucht.

Auch zum Zusammenhang von sozialem Status und Bronchitis liegen mehrere Studien vor, die wiederum ein unklares Bild zeigen. Studienergebnisse für Kinder weisen zumeist auf eine höhere Prävalenz in den oberen Statusgruppen hin (vgl. Wichmann, H.-E. et al. 1990). Die Auswertungen der DHP-Studie zeigen jedoch, dass bei Erwachsenen die Prävalenz in den unteren Statusgruppen relativ hoch ist, vor allem bei den Männern (Helmert, U. u. Shea, S. 1994; Helmert, U. et al. 1997).

Studien liegen auch zum ‚Pseudokrupp' vor (vgl. Wichmann, H.-E. et al. 1990). Bei sechsjährigen Kindern nimmt die Lebenszeit-Prävalenz (d. h. hier: zwischen Geburt und sechstem Lebensjahr) von Pseudokrupp mit abnehmender Schulbildung der Eltern kontinuierlich ab. Dabei treten erhebliche Unterschiede in der Prävalenz auf. In der oberen Bildungsgruppe ist die Prävalenz ca. 2,5-mal so hoch wie in der unteren (Tabelle 22). Die Angaben zum Pseudokrupp besitzen eine relativ hohe Validität. Sie basieren auf der Einschulungsuntersuchung und auf einer zusätzlichen Elternbefragung. Die Eltern wurden um Auskunft darüber gebeten, ob ein Arzt bei ihrem

Tabelle 21

Schulbildung der Eltern und Schweregrad kindlichen Asthmas

	Asthma bei Schulkindern (in %)			
	Schulbildung der Eltern			
	Fachhochschulreife, Abitur	Mittlere Reife	Haupt-, Grundschule	Insgesamt
Anteil in der Stichprobe	*48,4*	*27,6*	*24,0*	*100,0*
Schweregrade[a)]				
leichtes Asthma	*3,4*	*3,6*	*2,2*	*3,1*
mittleres Asthma	*1,2*	*1,7*	*0,9*	*1,2*
schweres Asthma	*0,9*	*1,2*	*2,1*	*1,3*
	5,4	*6,5*	*5,2*	*5,6*

a) leicht: 1–4 Anfälle
mittel: 5–10 Anfälle
schwer: mehr als 10 Anfälle pro Jahr

Stichprobe: 4 434 Kinder (9–11 Jahre, Deutsche) aus München
Datenbasis: Befragung/Untersuchung 1989/90 (Münchner Asthma- und Allergiestudie)
Quelle: Mielck, A. et al. (1996)

Kind schon einmal Pseudokrupp diagnostiziert hat. Wenn diese Frage bejaht wurde, wurde versucht, eine Bestätigung von dem ehemals behandelnden Arzt zu erhalten. Der in der Tabelle dargestellte Zusammenhang zeigt sich auch dann, wenn die Auswertung auf die Kinder beschränkt wird, bei denen eine Bestätigung der Diagnose durch den behandelnden Arzt vorliegt.

Weitere Studien bestätigen das in Tabelle 22 dargestellte Ergebnis (vgl. Heinrich, J. et al. 1998a). Eine vergleichbare Analyse für Erwachsene fehlt aber. Wie am Beispiel der Bronchitis deutlich wurde, kann die gesundheitliche Ungleichheit, die bei Kindern gefunden wird, nicht ohne Weiteres auf Erwachsene übertragen werden. Zumindest bezogen auf Kinder lässt sich aber feststellen, dass Pseudokrupp in der oberen Statusgruppe überproportional häufig ist. Damit handelt es sich neben Allergien um eine weitere Ausnahme von der ‚Regel', dass zumeist die unteren Statusgruppen eine relativ hohe Morbidität und Mortalität aufweisen.

3.3.9 Hauterkrankungen

134. Ähnlich wie bei Allergien und Pseudokrupp sind die Prävalenzen von Hautkrankheiten in der oberen Statusgruppe überproportional hoch (Tabelle 23).

Tabelle 22

Schulbildung der Eltern und Pseudokrupp bei Kindern

Region	Jahr[b)]	N	Prävalenz von Pseudokrupp[a)] (in %)				
			Schulbildung der Eltern				
			Universität	Gymnasium	Realschule	Hauptschule	Insg.
Duisburg	1986	4.201	*15,8*	*10,8*	*7,6*	*4,4*	*7,6*
Köln	1986	6.384	*13,6*	*11,4*	*8,2*	*7,1*	*9,5*
Oberbergischer Kreis	1986	1.932	*15,9*	*14,8*	*10,9*	*6,6*	*12,3*
Stuttgart	1987	4.855	*13,9*	*9,6*	*7,7*	*3,7*	*8,8*
Tübingen/Reutlingen	1987	2.450	*11,0*	*14,4*	*11,0*	*8,4*	*11,3*
Freudenstadt	1987	1.115	*14,1*	*6,3*	*6,0*	*8,1*	*7,9*
Insgesamt		20.937	*12,8*	*10,5*	*8,3*	*5,3*	*9,3*

a) Pseudokrupp zwischen Geburt und 6. Lebensjahr
b) Jahr der Datenerhebung
Stichprobe: Totalerhebung der Einschulungskinder aus der Region
Datenbasis: Einschulungsuntersuchungen, Befragung der Eltern
Quelle: Wichmann, H.E. et al. (1990)

Tabelle 23

Schulbildung der Eltern und Hauterkrankungen der Kinder

		Prävalenz (in %)		
		Schulbildung der Eltern[a)]		
		mehr als 10 Jahre	10 Jahre	weniger als 10 Jahre
Anteil in der Stichprobe		*42,8*	*49,2*	*8,0*
Befragung:	Ekzem[b)]	*11,8*	*9,6*	*4,2*
Untersuchung:	atopische Dermatitis[c)]	*2,0*	*3,3*	*0,0*

a) Höchster Schulabschluss von Mutter oder Vater
b) Ärztlich bestätigte Diagnosen (Lebenszeit-Prävalenz, Befragung der Eltern)
c) Untersuchung der Haut
Stichprobe: 2 471 Kinder (5–14 Jahre) aus Hettstedt, Zerbst und Bitterfeld
Datenbasis: Befragung/Untersuchung 1992/93 (Bitterfeld-Studie)
Quelle: Heinrich, J. et al. (1998b)

Im Rahmen der ‚Münchner Asthma- und Allergiestudie' wurden in München und in ausgewählten Gemeinden aus dem Münchner Umland alle Schüler der 4. Klasse untersucht (vgl. v. Mutius, E. et al. 1992). Der Fragebogen für die Eltern beinhaltete die Frage, ob ein Arzt beim Kind schon einmal Neurodermitis diagnostiziert hat. Die Auswertung der Antworten auf diese Frage führte erneut zu dem Ergebnis, dass Kinder aus der oberen Statusgruppe die höchste und Kinder aus der unteren Statusgruppe die niedrigste Prävalenz bei Hauterkrankungen aufweisen (Tabelle 24).

Ähnlich wie bei Pseudokrupp beschränken sich auch die Studien zu Hauterkrankungen auf Kinder. Zumindest für Kinder kann aber gesagt werden, dass bei Hauterkrankungen die Prävalenz in der oberen sozialen Schicht überproportional hoch ist, wie auch bei Allergien und Pseudokrupp. Lediglich bei den Allergien wurde eine überproportionale Belastung in den oberen Sozialschichten auch für Erwachsene aufgezeigt.

3.3.10 Unfälle

135. Eine der wenigen empirischen Studien über den Zusammenhang zwischen dem Sozialstatus und Unfällen wurde von S. Geyer und R. Peter (1998) vorgelegt. Analysiert wurden Daten der AOK Mettmann aus den Jahren 1987 bis 1996. Die Auswertungen konzentrieren sich auf unfallbedingte Krankenhausaufenthalte von Versicherten, die das 17. Lebensjahr noch nicht erreicht haben. Dabei wurde ein statistischer Zusammenhang zwischen dem beruflichen Status des Hauptversicherten und der Unfallprävalenz bei den Kindern sichtbar. In dem Zeitraum 1987 bis 1996 hatten insgesamt 4 246 Kinder mindestens einen Unfall, und die Prävalenz war in der unteren Statusgruppe (un- und angelernte Erwerbstätige) mit 9,2 % höher als in der oberen Statusgruppe (6,7 %). Dieser Zusammenhang zeigte sich sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen (Tabelle 25). Der berufliche Status ließ sich zwar nur bei 70,9 % der Hauptversicherten feststellen, doch zeigten weitere Analysen, dass sich daraus keine re-

Tabelle 24

Schulbildung der Eltern und Neurodermitis der Kindern

		Prävalenz von Neurodermitis[a] (Angaben in %)		
		Schulbildung der Eltern		
		Abitur	Realschule	Hauptschule
München	Jungen	*15,2*	*12,4*	*9,1*
	Mädchen	*15,5*	*12,6*	*12,0*
Oberbayern[b]	Jungen	*13,8*	*10,8*	*9,0*
	Mädchen	*15,6*	*10,0*	*8,8*

[a] Durch Arzt bestätigte Diagnose
[b] Auswahl von Gemeinden mit geringer Umweltbelastung
Stichprobe: 6 490 Kinder in München und 1 714 Kinder in Oberbayern;
Datenbasis: Befragung der Eltern 1989/90 (Münchner Asthma- und Allergiestudie)
Quelle: v. Mutius, E. et al. (1992)

Tabelle 25

Beruflicher Status der Eltern bzw. des Hauptversicherten und Unfälle der Kinder

		Mindestens ein unfallbedingter Krankenhausaufenthalt (in %)					
		Berufliche Position des Hauptversicherten					
		Höhere Positionen	Angestellte mit Lehre	Arbeiter mit Lehre	Un-/Angelernte	keine Angabe	Insges.
Anteil in Stichprobe		*0,8*	*5,3*	*19,8*	*45,0*	*29,1*	*100,0*
Unfälle bei Kindern	Männlich	*8,6*	*8,5*	*10,9*	*10,3*	*10,0*	*10,2*
	Weiblich	*4,6*	*8,1*	*6,9*	*7,9*	*7,3*	*7,5*
Insgesamt		*6,7*	*8,3*	*9,0*	*9,2*	*8,7*	*9,0*

Stichprobe: 47 427 kostenfrei mitversicherte Kinder bis 16 Jahre
Datenbasis: Routinedaten der AOK Mettmann aus den Jahren 1987 bis 1996
Quelle: Geyer, S. u. Peter, R. (1998)

levanten Verzerrungen in Bezug auf den oben dargestellten Zusammenhang zwischen beruflichem Status der Eltern und Unfall-Prävalenzen der Kinder ergaben.

Bei der Bewertung der Ergebnisse darf nicht übersehen werden, dass in den Daten der AOK nur ein Teil der Unfälle erfasst wird. Nicht berücksichtigt sind z. B. Wegeunfälle auf dem Schulweg, die über die gesetzliche Unfallversicherung abgewickelt werden (Geyer, S. u. Peter, R. 1998). Zudem wurden auf Grund unvollständiger Daten Unfälle ausgeschlossen, die lediglich eine ambulante Behandlung nach sich zogen.

Bezogen auf Unfälle bei Kindern liegen bisher offenbar nur drei weitere empirische Studien vor. Die eine stammt aus dem Land Brandenburg (Ministerium 1997a/b). Dort wurde die Schuleingangsuntersuchung von 1994 durch eine Befragung der Eltern zu Themen wie Ausbildung, berufliche Stellung und Wohnbedingungen ergänzt. Die Teilnahme der Eltern an dieser Zusatzerhebung war freiwillig; allerdings haben nur wenige die Teilnahme verweigert. Auf Grund lückenhafter Antworten ließ sich die Schichtzugehörigkeit für 27 % der Kinder nicht bestimmen. Die Ergebnisse für die übrigen Kinder zeigen, dass laut Angabe der Eltern die Unfall-Prävalenz bei den Kindern aus der unteren Statusgruppe fast doppelt so hoch wie bei den Kindern aus der oberen Statusgruppe ist. Eine vergleichbare Studie aus Hamburg kommt zu einem ähnlichen Ergebnis (Glaser-Möller, N. et al. 1992).

Ein anderer Weg wurde in einer Studie aus dem Landkreis Böblingen beschritten. Dort haben Eltern in 50 Kindergärten einen Fragebogen erhalten, in dem detaillierte Angaben zu Unfällen bei ihren Kindern nebst Informationen zum sozialen Status erbeten wurden (Kersting-Dürrwächter, G. u. Mielck, A. 2001). Auf Grundlage der Antworten wurden anschließend drei Unfall-Schweregrade unterschieden (vgl. Tabelle 26). Die Kinder der unteren Sozialschicht hatten 13 % weniger Unfälle mit Arztkontakt als die Kinder der oberen Sozialschicht. Ein umgekehrter Gradient fand sich für schwer wiegende Unfälle. Bei sehr schweren Unfällen, d. h. bei Unfällen mit bleibenden Gesundheitsschäden, ist die Prävalenz in der unteren Statusgruppe ungefähr viermal so hoch wie in der oberen Statusgruppe. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant. Somit wird deutlich, dass bei Kindern im Vorschulalter die Wahrscheinlichkeit eines sehr schweren Unfalls in unteren Statusgruppen erhöht ist.

Die o. g. Studien beziehen sich auf Kinder. Statusspezifische Unterschiede in der Unfall-Prävalenz von Erwachsenen sind bisher kaum untersucht worden.

Tabelle 26

Soziale Schicht und Unfälle von Vorschulkindern

	Unfallrate[a] (95 % Konfidenz-Intervall)		
	Soziale Schicht der Eltern[b]		
	obere	mittlere	untere
alle Unfälle mit Arztkontakt	1,00	0,90 (0,81–1,00)	0,87 (0,78–0,97)
– schwere und sehr schwere Unfälle[c]	1,00	1,12 (0,75–1,68)	1,34 (0,90–2,00)
– sehr schwere Unfälle[d]	1,00	1,80 (0,46–7,40)	4,10 (1,12–14,96)

[a] kontrollierte Variable: Alter des Kindes
[b] Index aus höchstem Schulabschluss, beruflichem Status, Pro-Kopf-Einkommen
[c] schwere Unfälle: mit Krankenhausaufenthalt oder Gehirnerschütterung
[d] sehr schwere Unfälle: Unfälle mit bleibenden Gesundheitsschäden (körperliche oder geistige Behinderung, entstelltes Aussehen, bleibende Schmerzen)

Stichprobe: 1 648 Vorschulkinder mit deutscher Nationalität (3–7 Jahre)
Datenbasis: Befragung von Eltern in 50 Kindergärten (Landkreis Böblingen, 1999/2000)
Quelle: Kersting-Dürrwächter, G. u. Mielck, A. (2001)

3.3.11 Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates

136. In Bezug auf Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates wurden bisher wenige Arbeiten zu statusspezifischen Unterschieden publiziert. Die vorliegenden Studien ergeben allerdings ein klares Bild. Die o. g. Analyse von DHP-Daten zum Thema ‚soziale Schicht und Gesundheit' (Helmert, U. u. Shea, S. 1994; vgl. Abschnitt 3.3.5) beinhaltet auch eine Auswertung von Angaben zu Bandscheibenschäden. Sie zeigt, dass die Prävalenz mit abnehmender sozialer Schicht ansteigt und Unterschiede bei Männern größer sind als bei Frauen (Tabelle 27).

Die Unterschiede zwischen den Sozialschichten sind bei den Ergebnissen zur Punkt-Prävalenz (aktuell vorliegendes Problem) größer als bei Angaben zur Lebenszeit-Prävalenz. Eine mögliche Erklärung ist, dass die Fähigkeit zur adäquaten Beschreibung eines Problems in der Vergangenheit schichtspezifisch unterschiedlich ausgeprägt ist. In diesem Fall wären Angaben zur Lebenszeit-Prävalenz weniger zuverlässig als Angaben zu aktuell vorhandenen chronischen Krankheiten (Punkt-Prävalenz).

Weitere Analysen der DHP-Daten zu rheumatischen Erkrankungen bestätigen den Eindruck, dass Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates in der unteren sozialen Schicht überproportional häufig sind, vor allem bei Männern (Helmert, U. et al. 1997). Auf Basis von Daten aus dem Bundes-Gesundheitssurvey ist überdies errechnet worden, dass Männer und Frauen mit niedriger Bildung häufiger Arzneimittel gegen Rheuma und Bandscheibenbeschwerden einnehmen als Männer und Frauen mit höherer Bildung (Knopf, H. et al. 1999).

3.3.12 Psychische Morbidität

137. Über gesundheitliche Ungleichheiten bei psychischen Erkrankungen liegen nur wenige empirische Studien vor. Dies liegt auch daran, dass die Erfassung der psychischen Morbidität einen höheren methodischen Aufwand erfordern kann als die Erfassung von physischen Krankheiten, z. B. eine intensive Befragung und/oder Untersuchung durch speziell geschultes Personal. In den sechziger und siebziger Jahren fand eine intensive Diskussion über das Thema ‚soziale Ungleichheit und psychische Erkrankungen' statt, sowohl über den Zusammenhang zwischen psychischer Morbidität und sozialer Schicht allgemein, als auch über die psychiatrische Versorgung speziell von Patienten aus der unteren sozialen Schicht (Mielck, A. 2000). In den letzten Jahren hat diese Diskussion an Intensität verloren.

Nach A. Klocke und K. Hurrelmann (1995) sind Symptome wie Nervosität, schlechtes Einschlafen, Hilflosigkeit und Einsamkeit bei 11- bis 15-jährigen Schülern aus den unteren Statusgruppen besonders häufig.

In einer Untersuchung zwischen 1979 und 1982 in Mannheim durch das dort ansässige Zentralinstitut für Seelische Gesundheit wurden 600 repräsentativ ausgewählte Männer und Frauen zwischen 25 und 45 Jahren zu Hause aufgesucht und in einem ca. drei Stunden dauernden Interview durch einen ausgebildeten Arzt zu einer Vielzahl von psychischen und physischen Befindlichkeitsstörungen befragt (Schepank, H u. Tress, W. 1987). Das Interview war ‚halbstrukturiert', schloss also offene Fragen ein, die später mit Hilfe von weiteren Experten interpretiert wurden. Die Auswertung konzentrierte sich auf die

Tabelle 27

Soziale Schicht und Bandscheibenschäden

	Odds Ratio (95 % Konfidenz-Intervall)[a)]				
	Soziale Schicht[b)]				
	obere Schicht[c)]	obere Mittelschicht	mittlere Mittelschicht	untere Mittelschicht	untere Schicht
jemals[d)]					
Männer	1,00	1,05 (0,96–1,18)	1,28 (1,17–1,42)	1,34 (1,22–1,50)	1,34 (1,23–1,50)
Frauen	1,00	1,12 (1,01–1,26)	1,04 (0,94–1,17)	1,04 (0,93–1,17)	1,03 (0,93–1,15)
aktuell[e)]					
Männer	1,00	1,17 (1,05–1,35)	1,44 (1,29–1,64)	1,63 (1,46–1,86)	1,66 (1,49–1,89)
Frauen	1,00	1,17 (1,04–1,35)	1,14 (1,01–1,30)	1,19 (1,05–1,37)	1,22 (1,08–1,40)

a) Kontrollierte Variablen: Alter
b) Index aus Schulbildung, beruflicher Stellung und Einkommen
c) Vergleichsgruppe
d) Lebenszeit-Prävalenz (jemals aufgetreten)
e) Punkt-Prävalenz (aktuell vorhanden)
Stichprobe: 21 359 Männer und 22 788 Frauen (25–69 Jahre, Deutsche, alte Bundesländer)
Datenbasis: Befragung 1984/86, 1987/88, 1990/91 (DHP-Studie)
Quelle: Helmert, U. u. Shea, S. (1994)

Diagnosen Psychoneurosen (ICD 300), Persönlichkeitsstörungen oder Sucht (ICD 301, 303, 304) und psychosomatische Störungen (ICD 305, 306).

Insgesamt ergab sich eine Prävalenz psychischer Störungen von ca. 25 %. In der unteren Berufsgruppe sind ca. 50 % der Personen von diesen Störungen betroffen, in der oberen Berufsgruppe dagegen nur ca. 20 % (Tabelle 28). Bei einer Bewertung dieses Unterschiedes muss berücksichtigt werden, dass es sich um einen Vergleich zwischen extremen Gruppen handelt. Es fällt auf, dass bei Betrachtung der gesamten psychischen Morbidität die Prävalenz von der unteren zur oberen Berufsgruppe schrittweise abnimmt, und dass bei der Diagnose ‚Persönlichkeitsstörungen oder Sucht' ein besonders großer Unterschied zwischen den Berufsgruppen gefunden wurde. Die Autoren geben an, dass die psychische Morbidität in allen einbezogenen Altersgruppen ungefähr gleich hoch ist. Die Unterschiede zwischen den Berufsgruppen bleiben daher vermutlich auch dann bestehen, wenn die Altersverteilung statistisch kontrolliert wird. Es wird erwähnt, dass Frauen häufiger unter psychischen Störungen leiden als Männer. Unterschiede zwischen den Berufsgruppen werden aber nicht gesondert für Männer und Frauen ausgewiesen.

Ergänzt wurde diese Studie durch eine weitere vom Zentralinstitut für Seelische Gesundheit um 1980 in Mannheim durchgeführte Untersuchung, in der nur Personen ab 65 Jahren befragt wurden (Cooper, B. u. Sosna, U. 1983). Die Stichprobenauswahl für diese zweite Untersuchung erfolgte in zwei Stufen: Auswahl von sieben Stadtbezirken, die das ganze Spektrum der sozioökonomischen Verteilung in Mannheim widerspiegeln, und Ziehung einer fünfprozentigen Zufallsstichprobe der in Privathaushalten in diesen Stadtbezirken lebenden Personen ab 65 Jahren. Die Datenerhebung war noch aufwendiger als in der ersten Studie. Jeder Proband wurde gebeten, an zwei Interviews teilzunehmen, im ersten standen Fragen des psychischen und körperlichen Gesundheitszustandes im Mittelpunkt, im zweiten Fragen der sozialen Kontakte. Die Befragung erfolgte durch psychiatrisch ausgebildete Ärzte. Für die Auswertung standen schließlich Daten von 343 Personen zur Verfügung.

Als ‚psychisch krank' wurden Personen bezeichnet, die eine behandlungsbedürftige psychische Störung aufwiesen. Des Weiteren wurde unterschieden, ob es sich dabei primär um organische oder funktionelle Störungen handelte. Insgesamt wurden 24 % der Stichprobe als ‚psychisch krank' eingeordnet. Die Prävalenz ist bei Frauen höher als bei Männern, und bei Personen ab 75 Jahren höher als bei Personen zwischen 65 und 74 Jahren. Unterschiede zwischen den Berufsgruppen werden in Tabelle 29 wiedergegeben. Es zeigt sich auch in dieser Altersgruppe, dass die psychische Morbidität von der oberen zur unteren Berufsgruppe zunimmt, vor allem bei organischen Störungen.

Weitere, ebenfalls schon ältere Studien liegen aus den bayerischen Gemeinden Palling, Traunreut und Traunstein vor (Dilling, H. u. Weyerer, S. 1987). In den Jahren 1975 bis 1979 wurde dort bei repräsentativ ausgewählten Personen ab 15 Jahren eine Befragung zur psychischen Morbidität durchgeführt. Dabei wurde ebenfalls das Ergebnis erzielt, dass die unteren Berufsgruppen häufiger von behandlungsbedürftiger psychischer Morbidität betroffen sind als die oberen.

Eine allgemeinere und ungenauere Erfassung der psychischen Morbidität ist mit Hilfe der so genannten ‚Zerssen-Beschwerdeliste' möglich. Diese Liste wird auch in gro-

Tabelle 28

Beruflicher Status und psychische Morbidität

	Prävalenz (Angaben in %)			
	Beruflicher Status			
	obere Schichten[a)]	mittlere Mittelschicht	untere Mittelschicht	untere Schicht
Anteil in der Stichprobe (in %)	*25,3*	*41,6*	*25,8*	*7,3*
Psychische Morbidität insg.	*19,1*	*20,8*	*34,2*	*50,1*
Psychoneurosen	*6,6*	*8,8*	*5,8*	*4,6*
Persönlichkeitsstörungen, Sucht	*2,6*	*4,4*	*10,3*	*27,3*
Psychosomatische Störungen	*9,9*	*7,6*	*18,1*	*18,2*

[a)] obere Mittelschicht und obere Schicht
Stichprobe: 600 Männer und Frauen (25–45 Jahre) in Mannheim
Datenbasis: Befragung/Untersuchung 1979/82
Quelle: Schepank, H. u. Tress, W. (1987)

Tabelle 29

Beruflicher Status und psychische Störungen

	Prävalenz (Angaben in %)		
	Berufsgruppen		
	obere Schicht	mittlere Schicht	untere Schicht
Anteil in der Stichprobe (in %)	*28,0*	*60,8*	*11,2*
psychisch krank	*14,7*	*24,3*	*36,8*
organisch	*5,3*	*9,7*	*23,6*
funktionell	*9,4*	*14,6*	*13,2*

Stichprobe: 129 Männer und 214 Frauen (65 Jahre und älter) in Mannheim
Datenbasis: Befragung/Untersuchung 1978/80
Quelle: Cooper, B. u. Sosna, U. (1983)

ßen Bevölkerungsbefragungen wie beispielsweise der DHP-Studie eingesetzt. Die Frageformulierung lautet: „Wie stark leiden Sie unter den folgenden Beschwerden?“ Die vier Antwortvorgaben sind: stark, mäßig, kaum, gar nicht. Die 24 aufgeführten Beschwerden lauten: Engigkeit oder Würgen im Hals, Kurzatmigkeit, Schwächegefühl, Schluckbeschwerden, Schmerzen oder Ziehen in der Brust, Druck- oder Völlegefühl im Leib, Mattigkeit, Übelkeit, Sodbrennen oder saures Aufstoßen, Reizbarkeit, Grübelei, starkes Schwitzen, Kreuz- oder Rückenschmerzen, innere Unruhe, Müdigkeit in den Beinen, Unruhe in den Beinen, Überempfindlichkeit gegen Wärme, Überempfindlichkeit gegen Kälte, übermäßiges Schlafbedürfnis, Schlaflosigkeit, Schwindelgefühl, Zittern, Nacken- oder Muskelschmerzen, Gewichtsabnahme. Durch Aufsummierung der Beschwerde-Ausprägungen wird ein ‚Summen-Score‘ gebildet. Bei maximal 24 Beschwerden (und bei einem maximalen Ausprägungswert pro Beschwerde von 4) kann ein Summen-Score von maximal 96 erreicht werden. Bei der Datenauswertung wird zumeist relativ willkürlich ein bestimmter Summen-Score festgelegt, der die Grenze zwischen ‚gesund‘ und ‚krank‘ markiert. Bei einer Auswertung von DHP-Daten wurde davon ausgegangen, dass diese Grenze bei einem Summen-Score von 30 liegt. Ein Vergleich zwischen den sozialen Schichten zeigt, dass die so definierte Morbidität bei Männern und Frauen in der unteren sozialen Schicht am höchsten ist (Helmert, U. 1994).

3.3.13 Weitere Erkrankungen

138. Zu weiteren Erkrankungen liegen nur wenige empirische Studien über statusspezifische Unterschiede vor. Bei den Auswertungen der Schulanfängeruntersuchungen im Land Brandenburg ist die soziale Verteilung der drei folgenden Gesundheitsstörungen untersucht worden: Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen, Refraktionsanomalien, Neuresis und Enkopresis (Ministerium 1997a/b). Ebenso wie bei den ebenfalls untersuchten Angaben zum allgemeinen Gesundheitszustand und zu Unfällen wiesen auch diese Gesundheitsstörungen die höchsten Prävalenzen in der unteren Statusgruppe auf.

Die Augen bzw. das Sehvermögen sind das Thema einer neueren Auswertung von Daten aus dem Bundes-Gesundheitssurvey. Grundlage war die Beantwortung einer Frage zur Kurz- und Weitsichtigkeit und zu anderen Problemen beim Sehen. Basierend auf diesen Selbstangaben sind die o. g. Probleme in der oberen sozialen Schicht besonders häufig (Stang, A. u. Jöckel, K.-H. 2003).

In der Auswertung von DHP-Daten aus den Jahren 1984 bis 1991 erzielten U. Helmert und S. Shea (1994) Ergebnisse zur Gicht. Hier zeigt sich erneut eine hohe Prävalenz in der unteren sozialen Schicht, besonders bei Frauen. Eine Auswertung von DHP-Daten aus den Jahren 1984 bis 1988 zu Erkrankungen der Lunge (ohne Lungenkrebs), der Leber, des Magens, der Schilddrüse, der Blase, Niere und Galle (Helmert, U. 1994) ergab, dass ein klarer Zusammenhang mit der sozialen Schicht nur bei Erkrankungen des Magens besteht. Bei Männern aus der unteren sozialen Schicht sind sie signifikant häufiger als bei Männern aus der oberen sozialen Schicht.

Auf Basis eines Fragebogens im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 wurden Ergebnisse zur Prävalenz von Schmerzen erzielt (Bellach, B.M. et al. 2000). Erfasst wurden Lokalisation (Kopf, Nacken, Rücken etc.), Häufigkeit und Stärke der Schmerzen. Bei der Auswertung wurden vier Schmerzstufen unterschieden (kein Schmerz, mäßige, mittlere oder starke Schmerzen). Nach dieser Untersuchung haben 7,8 % der Männer und 13,7 % der Frauen in der letzten Woche unter starken Schmerzen gelitten. Weitere Analysen zeigten, dass starke Schmerzen in der unteren sozialen Schicht häufiger sind als in der oberen (bei Männern 9,8 % versus 5,2 %; bei Frauen 20,9 % versus 11,5 %).

3.3.14 Multimorbidität

139. U. Helmert und S. Shea (1994) bezogen in ihre Auswertung von DHP-Daten sieben chronische Krankheiten ein, die eine Prävalenz von jeweils mindestens 2 % aufweisen: Herzinfarkt/Schlaganfall, Diabetes mellitus, Gicht, Bandscheibenverletzung, chronische Bronchitis, Magengeschwür, Allergie/Heuschnupfen. Zur Einschätzung der Multimorbidität berechneten sie zusätzlich die Variable ‚zwei oder mehr dieser chronischen Krankheiten'. Die Prävalenz von Multimorbidität ist erheblich höher als die Prävalenz jeder einzelnen Erkrankung.

Die Prävalenz der Multimorbidität steigt mit abnehmender sozialer Schicht i. d. R. an und ist in der unteren sozialen Schicht am höchsten. Diese gesundheitliche Ungleichheit ist bei Männern zumeist größer als bei Frauen (vgl. Tabelle 30). Wie beim Thema der Bandscheibenschäden (vgl. Tabelle 27) wurden außerdem bei der ‚Punkt-Prävalenz' (aktuell vorhandene Erkrankungen) größere gesundheitliche Ungleichheiten festgestellt als bei der ‚Lebenszeit-Prävalenz'. Es ist daher zu empfehlen, nach Möglichkeit sowohl die Punkt- als auch die Lebenszeit-Prävalenz in Untersuchungen einzubeziehen, da sich diese Maße inhaltlich unterscheiden und zu unterschiedlichen Ergebnissen führen können.

3.3.15 Übersicht über krankheitsspezifische Ergebnisse

140. Eine Übersicht über die oben dargestellten empirischen Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen der sozialen Schicht bzw. dem sozioökonomischen Status (SES) und der Morbidität enthält Abbildung 3.

Tabelle 30

Soziale Schicht und Multimorbidität

	Odds Ratio (95 % Konfidenz-Intervall)[a] der Multimorbidität[b]				
	Soziale Schicht[c]				
	obere Schicht[d]	obere Mittelschicht	mittlere Mittelschicht	untere Mittelschicht	untere Schicht
jemals[e]					
Männer	1,00	1,13 (1,01–1,26)	1,26 (1,13–1,40)	1,19 (1,06–1,32)	1,38 (1,24–1,54)
Frauen	1,00	1,09 (0,96–1,23)	1,10 (0,98–1,25)	1,13 (0,97–1,24)	1,11 (1,00–1,27)
aktuell[f]					
Männer	1,00	1,12 (0,94–1,34)	1,21 (1,03–1,44)	1,30 (1,14–1,60)	1,70 (1,45–2,01)
Frauen	1,00	1,17 (0,98–1,40)	1,18 (0,98–1,42)	1,44 (1,20–1,67)	1,44 (1,21–1,70)

[a] Kontrollierte Variablen: Alter
[b] zwei oder mehr der folgenden Krankheiten: Herzinfarkt/Schlaganfall, Diabetes mellitus, Gicht, Bandscheibenverletzung, chronische Bronchitis, Magengeschwür, Allergie/Heuschnupfen
[c] Index aus Schulbildung, beruflicher Stellung und Einkommen
[d] Vergleichsgruppe
[e] Lebenszeit-Prävalenz (jemals aufgetreten)
[f] Punkt-Prävalenz (aktuell vorhanden)
Stichprobe: 21 359 Männer und 22 788 Frauen (25–69 Jahre, Deutsche, alte Bundesländer)
Datenbasis: Befragung 1984/86, 1987/88, 1990/91 (DHP-Studie)
Quelle: Helmert, U. u. Shea, S. (1994)

Abbildung 3

Übersicht über empirische Ergebnisse zum statistischen Zusammenhang von SES und Morbidität

Zusammenhang von SES und Morbidität I: Überproportional hohe Morbidität bei einem niedrigen SES	**Zusammenhang von SES und Morbidität II: Überproportional hohe Morbidität bei einem hohen SES**
- Allgemeiner Gesundheitszustand bei Kindern und Jugendlichen, - Allgemeiner Gesundheitszustand bei Erwachsenen, - Herz-Kreislauf-Krankheiten, - Diabetes mellitus, - Magen-/Darmkrebs, Lungenkrebs, Nieren-/ Blasenkrebs, Leukämie und maligne Lymphome, - Krankheiten des Magens, - Zahngesundheit, - evtl. Bronchitis (bei Erwachsenen), - Bandscheibenschäden, rheumatische Krankheiten, Gicht, - Unfälle (bei Kindern), - psychische Morbidität sowie - Multimorbidität.	- Allergien (bei Kindern und Erwachsenen) - ‚Pseudokrupp' (bei Kindern) - evtl. Bronchitis (bei Kindern) - Einige Hautkrankheiten, z. B. Neurodermitis (bei Kindern), und - eingeschränktes Sehvermögen (Kurz-, Weitsichtigkeit).
Zusammenhang SES und Morbidität III: Höhere Schweregrade bei niedrigem SES - Asthma (bei Kindern) - Unfälle (bei Kindern).	**Kein mit Hilfe von Ergebnissen aus Deutschland gesicherter Zusammenhang:** - bei anderen Krankheiten, weil statistische Zusammenhänge mit dem SES nicht untersucht wurden oder nicht existieren.

Quelle: Eigene Darstellung

3.4 Empirische Ergebnisse aus Deutschland zur Belastung durch Risikofaktoren

3.4.1 Rauchen

141. Empirische Ergebnisse über statusspezifische Unterschiede bei Risikofaktoren liegen vor allem zu den Themen Rauchen, Übergewicht, Bluthochdruck, Hypercholesterinämie und Mangel an sportlicher Betätigung vor. Da die meisten Todesfälle auf kardiovaskuläre Erkrankungen zurückgehen, wird den kardiovaskulären Risikofaktoren in der Public Health Forschung eine hohe Bedeutung beigemessen.

Relativ viele Studien wurden zum Rauchen publiziert. Die Ergebnisse sind eindeutig. Das Rauchen ist in den unteren Statusgruppen besonders weit verbreitet, sowohl bei Jugendlichen als auch bei Erwachsenen. So zeigen Ergebnisse aus einer Befragung von 12- bis 13-jährigen Schülern (Scholz, M. u. Kaltenbach, M. 1995) gravierende Unterschiede zwischen Schülern des Gymnasiums und der Hauptschule (vgl. Tabelle 31). Deutlich wird ebenfalls die Parallelität mit dem Rauchverhalten der Eltern.

Vergleichbare Ergebnisse liegen aus weiteren Studien vor (z. B. Klocke, A. 2001, Pötschke-Langer, M. 1998, Setter, C. et al. 1998). Sie bestätigen, dass der Anteil der Raucher bei Jugendlichen aus der unteren Statusgruppe höher ist als bei den Jugendlichen aus der oberen Statusgruppe. Auch bezogen auf das Passivrauchen (d. h. auf das Rauchen der Eltern) sind einige vergleichbare Studien vorhanden (z. B. Brenner, H. u. Mielck, A. 1993a). Im Hinblick auf das Rauchen während der Schwangerschaft wurde in einer Studie gezeigt, dass rauchende Eltern mit höherer Schulbildung während einer Schwangerschaft eher bereit sind, mit dem Rauchen aufzuhören, als rauchende Eltern mit niedriger Schulbildung (Brenner, H. u. Mielck, A. 1993b).

Studien zum Passivrauchen von Kindern haben gezeigt, dass Erwachsene aus der unteren Statusgruppe deutlich mehr rauchen als die Erwachsenen aus der oberen Status-

Tabelle 31

Schultyp und Rauchen bei Jugendlichen

	Anteil der derzeitigen Raucher (in %)			
	Gymnasium	Realschule	Integrierte Gesamtschule	Hauptschule
Rauchen der Schüler				
mind. 1–2mal pro Woche				
in den letzten 24 Stunden	*2,7*	*5,6**	*8,2***	*14,3***
1 bis 5 Zigaretten	*1,2*	*2,5*	*6,2*	*8,3*
6 bis 10 Zigaretten	*0,4*	*0,6*	*1,2*	*1,9*
mehr als 10 Zigaretten	*0,2*	*0,4*	*0,5*	*3,7*
Rauchen der Eltern				
Vater raucht	*29,7*	*40,1***	*42,9***	*54,1***
Mutter raucht	*26,1*	*41,3***	*39,6***	*40,2***

*: $p < 0,05$; **: $p < 0,001$ (jeweils verglichen mit Gymnasium)
Stichprobe: 2 979 Schüler (12–13 Jahre) in Offenbach und Hanau
Datenbasis: Befragung 1991/92
Quelle: Scholz, M. u. Kaltenbach, M. (1995)

gruppe. Diese Aussage wurde durch eine Auswertung von Mikrozensusdaten aus dem Jahr 1995 unterstrichen. Die große Stichprobe ermöglichte die getrennte Darstellung der Prävalenzen für Männer und Frauen aus verschiedenen Altersgruppen (Helmert, U. u. Borgers, D. 1998). Dabei fällt auf, dass die Prävalenz mit abnehmender Schulbildung zunimmt (Tabelle 32). Mit höherem Alter nimmt die soziale Ungleichheit beim Rauchen ab, bei Frauen mehr als bei Männern. Zu beachten ist dabei, dass sich diese Analyse nur auf die erwerbstätige Bevölkerung bezieht. In anderen Studien zeigte sich aber auch bei der nicht erwerbstätigen Bevölkerung ein ähnlicher Zusammenhang zwischen Sozialstatus und Rauchen.

Studienergebnisse liegen auch zur Beendigung des Rauchens vor. In der Augsburger MONICA-Studie wurden die 1987/88 befragten Erwachsenen ungefähr drei Jahre später erneut zu ihren Rauchgewohnheiten befragt (Härtel, U. et al. 1993). Eine Überprüfung der Selbstangabe zum Zigarettenrauchen mit Hilfe einer Serum-Cotinin-Bestimmung ergab nur geringfügige Abweichungen. Die Ergebnisse weisen auf einen Rückgang des Rauchens in allen Bildungsgruppen hin. Bei Männern war der Rückgang in der oberen Bildungsgruppe aber deutlich größer als in der unteren Bildungsgruppe (vgl. Tabelle 33). Die Aussagekraft der Auswertung beruht vor allem darauf, dass ein Längsschnittsvergleich möglich war.

Tabelle 32

Schulbildung und Rauchen bei Erwerbstätigen

		Anteil der derzeitigen Raucher (in %)				
		Höchste Schulausbildung				
		(a) Hochschul-reife	(b) Fachhoch-schulreife	(c) Realschule, Polyt. Ober-schule	(d) Haupt-schule	(e) Spalte d/ Spalte a
Männer	18–34 Jahre	*25*	*32*	*41*	*48*	*1,92*
	35–49 Jahre	*25*	*27*	*38*	*43*	*1,72*
	50–65 Jahre	*18*	*19*	*24*	*28*	*1,56*
	Insgesamt	*23*	*27*	*36*	*41*	
Frauen	18–34 Jahre	*20*	*24*	*28*	*40*	*2,00*
	35–49 Jahre	*19*	*25*	*26*	*33*	*1,74*
	50–65 Jahre	*13*	*14*	*14*	*15*	*1,15*
	Insgesamt	*18*	*22*	*24*	*32*	

Stichprobe: 53 645 Männer und 36 660 Frauen (Erwerbstätige aus alten und neuen Bundesländern)
Datenbasis: Befragung 1995 (Mikrozensus)
Quelle: Helmert, U. u. Borgers, D. (1998)

Tabelle 33

Ausbildungsdauer und Veränderungen beim Rauchen

		Ausbildungsdauer in Jahren (Angaben in %)					
		Männer			Frauen		
		15+	11 bis 14	bis zu 10	15+	11 bis 14	bis zu 10
Anteil in Stichproben		*15,6*	*26,0*	*58,4*	*6,6*	*23,8*	*69,6*
Anteil Raucher[a)]	1984/85	*28,7*	*34,2*	*41,0*	*12,9*	*21,3*	*22,1*
	1987/88	*21,3*	*30,2*	*38,0*	*11,7*	*18,7*	*20,2*
	’87/88–’84/85	*– 7,4*	*– 4,0*	*– 3,0*	*– 1,2*	*– 2,6*	*– 1,9*

a) gelegentliches/regelmäßiges Zigarettenrauchen (Altersstandardisierung)
Stichprobe: 1 860 Männer und 1 885 Frauen (25–64 Jahre) aus der Studienregion Augsburg
Datenbasis: Befragung 1984/85, 1987/88 (MONICA-Studie)
Quelle: Härtel, U. et al. (1993)

Analysen zur Beendigung des Rauchens wurden auch im Rahmen von Querschnitts-Studien durchgeführt. Die DHP-Studie beinhaltet folgende Frage zum Rauchverhalten: „Haben Sie früher geraucht oder rauchen Sie zur Zeit?“[35] Die Angaben wurden unter Berücksichtigung von schichtspezifischen Unterschieden ausgewertet (Maschewsky-Schneider, U. 1997). Der Prozentsatz der Frauen, die früher geraucht haben, ist nach dieser Auswertung in allen sozialen Schichten ungefähr gleich hoch. Eine zunehmende Prävalenz bei abnehmender sozialer Schicht war aber bei Frauen zu erkennen, die zur Zeit der Befragung rauchten (Tabelle 34). Die Ergebnisse legen den Schluss nahe, dass sich die schicht-spezifischen Unterschiede beim Rauchen vor allem durch Unterschiede in der Motivation und Fähigkeit zur Beendigung des Rauchens erklären lassen, nicht durch Unterschiede in der Motivation zu dessen Aufnahme.

[35] Antwortvorgaben: Habe früher geraucht, rauche jetzt nicht mehr. Rauche zur Zeit. Habe noch nie geraucht.

Tabelle 34

Soziale Schicht und Beendigung des Rauchens

	Angaben in %[a)]					
	Soziale Schicht[b)]					
	(1) obere	(2)	(3)	(4)	(5) untere	Insg.
Männer						
gegenwärtige Raucher	*30,6*	*33,3*	*41,4*	*43,3*	*50,5*	*39,2*
ehemalige Raucher	*36,4*	*35,5*	*35,1*	*33,4*	*29,1*	*34,2*
Raucher insgesamt	*67,0*	*68,8*	*76,5*	*76,7*	*79,6*	*73,4*
Anteil der ehemaligen Raucher	*54,3*	*51,6*	*45,9*	*43,5*	*36,6*	*46,6*
Frauen						
gegenwärtige Raucherinnen	*24,1*	*26,0*	*27,4*	*31,9*	*35,0*	*28,1*
ehemalige Raucherinnen	*26,3*	*20,2*	*17,8*	*15,9*	*14,4*	*18,6*
Raucherinnen insgesamt	*50,4*	*46,2*	*45,2*	*47,8*	*49,4*	*46,7*
Anteil der ehemaligen Raucherinnen	*52,2*	*43,7*	*39,4*	*33,3*	*29,1*	*39,8*

a) Altersstandardisierung der Schicht-Unterschiede
b) Index aus Schulbildung, beruflicher Stellung, Einkommen
Stichprobe: 2 579 Männer und 2 688 Frauen (25–69 Jahre, Deutsche, alte Bundesländer)
Datenbasis: Befragung/Untersuchung 1990/91 (DHP-Studie)
Quelle: Maschewsky-Schneider, U. (1997, S. 75, 143)

3.4.2 Übergewicht

142. Der Risikofaktor ‚Übergewicht' zeigt einen ähnlich klaren Zusammenhang mit dem sozialen Status wie der Risikofaktor ‚Rauchen'. Die empirischen Ergebnisse stimmen darin überein, dass die Prävalenz des Übergewichts in der unteren Statusgruppe überproportional hoch ist (z. B. Ministerium 2001, Müller, M. et al. 1999; Czerwinski-Mast, M. et al. 2003). Zur Situation bei Erwachsenen liegen dabei mehr Studien vor als für Kinder.

Bei einer Einteilung der im Rahmen der DHP-Studie erfassten Personen in fünf annähernd gleich große Statusgruppen und bei einer Beschränkung auf das starke Übergewicht zeigte sich ein deutlicher ‚Gradient', d. h. der Anteil der Übergewichtigen nimmt von der oberen zur unteren Statusgruppe hin stufenweise zu (Tabelle 35). Auch die sich nach statistischer Kontrolle der Altersverteilung ergebenden ‚Odds Ratios' zeigen eine deutliche Zunahme der Prävalenz des Übergewichts bei abnehmendem sozialem Status. Demnach ist das Übergewicht in der unteren Statusgruppe 2,26-mal (Männer) bzw. 4,18-mal (Frauen) häufiger als in der oberen Statusgruppe.

Wie beim Risikofaktor Rauchen sind wichtige Fragen noch ungeklärt. Es wäre vor allem hilfreich zu wissen, ob und wie die Bemühungen von Übergewichtigen, ihr Körpergewicht zu reduzieren, zwischen den Statusgruppen differieren und welche Schlussfolgerungen sich daraus für zielgruppenspezifische primärpräventive Aktivitäten ergeben.

3.4.3 Mangel an sportlicher Betätigung

143. Zu statusspezifischen Unterschieden bei der sportlichen Betätigung von Kindern liegen relativ wenige empirische Ergebnisse vor. Diese deuten aber übereinstimmend darauf hin, dass sportliche Betätigung in den unteren Statusgruppen vergleichsweise seltener gefunden wird (z. B. Müller, M. et al. 1999).

Bezogen auf Erwachsene liegen aus der DHP-Studie aussagekräftige Ergebnisse vor. Die Prävalenz fehlender sportlicher Aktivität ist bei Frauen fast durchgängig höher als bei Männern (Tabelle 36). Sie steigt mit zunehmendem Alter und abnehmender sozialer Schicht an. Die Unterschiede zwischen den sozialen Schichten sind bei Männern ungefähr so groß wie bei Frauen, nehmen aber mit zunehmendem Alter ab.

Ein Problem bei dieser Art von Analysen besteht darin, dass zumeist die Frage vernachlässigt wird, welchen Einfluss die körperliche Anstrengung bei der Erwerbsarbeit bzw. bei der Arbeit im Haushalt auf die sportliche Aktivität ausübt. Es ist z. B. bekannt, dass Erwerbstätige aus der oberen sozialen Schicht z. T. während der Arbeit weniger körperlich aktiv sind als Erwerbstätige aus der unteren sozialen Schicht, so dass sie einen größeren Bedarf an einem entsprechenden Ausgleich durch Freizeitsport haben.

Tabelle 35

Soziale Schicht und starkes Übergewicht bei Erwachsenen

Soziale Schicht[c)]	Starkes Übergewicht[a)]			
	Anteil (in %)		Odds Ratio[b)]	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
1 (obere)	*11,4*	*8,1*	1,00	1,00
2	*14,8*	*12,4*	1,35	1,57*
3	*19,4*	*16,1*	1,82*	1,95**
4	*21,8*	*26,4*	1,98***	3,25***
5 (untere)	*25,0*	*31,9*	2,26***	4,18***

*: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$; ***: $p < 0,001$

a) *Body Mass Index* (Körpergewicht/Körpergröße²) € 30

b) Vergleichsgruppe: obere soziale Schicht; kontrollierte Variable: Alter

c) Index aus Schulbildung, beruflicher Stellung und Einkommen (Unterteilung in Quintile)

Stichprobe: 46 518 Männer und Frauen (25–69 Jahre, Deutsche, alte Bundesländer)

Datenbasis: Nationale und regionale Gesundheitssurveys 1984–1992 (DHP-Studie)

Quelle: Helmert, U. (2003a)

Tabelle 36

Soziale Schicht und fehlende sportliche Aktivität bei Erwachsenen

		Fehlende sportliche Aktivität (in %)					
		Soziale Schicht[a)]					
		obere Schicht	obere Mittelschicht	mittlere Mittelschicht	untere Mittelschicht	untere Schicht	untere/obere Schicht
Männer	25–39 Jahre	*18,0*	*20,3*	*26,1*	*38,2*	*54,6*	*3,03*
	40–54 Jahre	*24,3*	*31,8*	*41,4*	*60,0*	*64,4*	*2,65*
	55–69 Jahre	*38,9*	*44,6*	*59,0*	*66,0*	*79,0*	*2,03*
Frauen	25–39 Jahre	*19,8*	*32,3*	*39,4*	*48,5*	*62,2*	*3,14*
	40–54 Jahre	*31,8*	*39,2*	*47,8*	*59,9*	*73,5*	*2,31*
	55–69 Jahre	*49,3*	*50,7*	*58,1*	*74,2*	*79,5*	*1,62*

a) Index aus Schulbildung, beruflicher Stellung und Einkommen
Stichprobe: Männer und Frauen aus den alten und neuen Bundesländern (Deutsche)
Datenbasis: Befragung 1990/92 (DHP-Studie)
Quelle: Helmert, U. (2001); Mielck, A. (2004b)

3.4.4 Bluthochdruck

144. Ein Zusammenhang mit der sozialen Schicht ist auch bei der Prävalenz des Risikofaktors ‚Bluthochdruck' zu erkennen (vgl. Tabelle 37).

Die Ergebnisse sind weniger konsistent als beim Risikofaktor ‚fehlende sportliche Aktivität'. Zwar liegen relativ viele Analysen von DHP-Daten zu statusspezifischen Unterschieden bei der Hypertonie vor (Mielck, A. 2000), doch unterscheiden sich die Ergebnisse dieser Studien in Abhängigkeit von der Definition des sozialen Status (Bildung, beruflicher Status und/oder Einkommen), dem Erhebungsjahr der Daten (1984/85, 1987/88 und/oder 1991/92) und der Auswertungsmethode (z. B. mit/ohne statistische Kontrolle der Altersverteilung) leicht voneinander. Alle Studien deuten aber auf eine erhöhte Prävalenz in der unteren Statusgruppe hin.

Tabelle 37

Soziale Schicht und Hypertonie bei Erwachsenen

		Hypertonie[a)] (in %)					
		Soziale Schicht[b)]					
		obere Schicht	obere Mittelschicht	mittlere Mittelschicht	untere Mittelschicht	untere Schicht	untere/obere Schicht
Männer	25–39 Jahre	*9,8*	*12,5*	*12,1*	*22,2*	*18,5*	*1,89*
	40–54 Jahre	*28,8*	*31,8*	*29,7*	*36,7*	*36,0*	*1,25*
	55–69 Jahre	*47,2*	*47,6*	*50,0*	*47,3*	*49,4*	*1,05*
Frauen	25–39 Jahre	*2,5*	*5,0*	*5,9*	*6,3*	*8,0*	*3,20*
	40–54 Jahre	*15,6*	*21,7*	*26,4*	*28,9*	*30,5*	*1,96*
	55–69 Jahre	*26,4*	*45,2*	*47,2*	*51,7*	*52,0*	*1,97*

a) systolischer Blutdruck ≥ 160 mmHg und/oder diastolischer Blutdruck ≥ 95 mmHg und/oder regelmäßige Einnahme ärztlich verordneter blutdrucksenkender Medikamente
b) Index aus Schulbildung, beruflicher Stellung und Einkommen
Stichprobe: Männer und Frauen aus den alten und neuen Bundesländern (Deutsche)
Datenbasis: Befragung 1990/92 (DHP-Studie)
Quelle: Helmert, U. (2001); Mielck, A. (2004b)

3.4.5 Hypercholesterinämie

145. Hypercholesterinämie wird häufig als ‚Gesamt-Cholesterin ≥≥ 250 mg/dl' definiert. Bei diesem Risikofaktor besteht offenbar kein klarer Zusammenhang mit dem sozialen Status. Einige empirische Analysen zeigen zwar eine erhöhte Prävalenz in der unteren Statusgruppe, andere aber eine annähernd gleich hohe Prävalenz in allen Statusgruppen (Mielck, A. 2000).

3.4.6 Ernährung

146. In einer Studie von A. Klocke und K. Hurrelmann (1995) wurden Jugendliche auch nach ihren Ernährungsgewohnheiten gefragt.[36] Die Einteilung in fünf soziale Schichten erfolgte mit Hilfe von Aussagen der Schüler über den sozioökonomischen Status ihrer Eltern. Auch wenn einige schichtspezifische Unterschiede nicht allzu groß ausfallen und die Ernährung nicht immer mit abnehmendem sozialem Status schlechter wird, war doch im Ergebnis festzuhalten, dass die Ernährung in der unteren Statusgruppe insgesamt schlechter ist als in der oberen (vgl. Tabelle 38).

In der Augsburger MONICA-Studie wurden bei der ersten Erhebung im Jahr 1984/85 ‚7-Tage-Ernährungs-Protokolle' durchgeführt, d. h. die Teilnehmer wurden gebeten, eine Woche lang ihre Nahrungsaufnahme zu dokumentieren. In einer auf Männer bezogenen Analyse wurden diese Angaben zur Ausbildungsdauer in Beziehung gesetzt (vgl. Kußmaul, B. et al. 1995). In der oberen Bildungsgruppe traten zum Teil große Unterschiede zur unteren Bildungsgruppe auf, z. B. bei Frischobst und Frischgemüse (vgl. Tabelle 39). Die eingesetzte Methode der ‚7-Tage-Ernährungs-Protokolle' führt zu genaueren Ergebnissen als eine reine Befragung. Da auch die Angaben zur Ausbildungsdauer als zuverlässig gelten können, ist der gefundene Zusammenhang methodisch abgesichert.

Vergleichbare Analysen über statusspezifische Unterschiede bei der Ernährung liegen aus mehreren Studien vor (vgl. Mielck, A. 2000).

[36] Seit Mitte der 90er Jahre wird in Deutschland zunehmend über das Thema ‚Armut und Ernährung' diskutiert. In drei von einer Arbeitsgruppe um E. Barlösius, B. Köhler und E. Feichtinger herausgegebenen Sammelbänden (z. B. Barlösius, E. et al. 1995, Köhler, D./ Feichtinger, E. 1998) wird der Stand der Diskussion ausführlich dargestellt.

Tabelle 38

Soziale Schicht und Ernährung bei Jugendlichen

	Derzeitiger Konsum (Angaben in %)				
	Soziale Schicht[a)]				
Ausgewählte Nahrungsmittel[b)]	5 (oben)	4	3	2	1 (unten)
Anteil in der Stichprobe	*6,2*	*26,2*	*24,2*	*38,1*	*5,3*
Gemüse (wöchentlich)	*54*	*54*	*47*	*50*	*48*
Obst (mehrmals täglich)	*42*	*45*	*40*	*37*	*32*
Vollkornbrot (täglich)	*51*	*47*	*45*	*40*	*26*
Vollmilch (mehrmals täglich)	*43*	*43*	*40*	*35*	*31*
Chips (wöchentlich)	*36*	*43*	*46*	*46*	*54*
Pommes Frites (wöchentlich)	*37*	*44*	*49*	*49*	*55*
Cola, Süßgetränke (täglich)	*28*	*32*	*40*	*44*	*45*
Kaffee (wöchentlich)	*24*	*23*	*24*	*33*	*37*

a) Index aus Ausbildung und Beruf der Eltern, finanzielle Lage der Familie
b) Nahrungsmittel mit sign. Unterschieden (5 %-Niveau) zwischen den sozialen Schichten
Stichprobe: 3 328 Schüler (11–15 Jahre) in Nordrhein-Westfalen
Datenbasis: Befragung von Schülern 1994
Quelle: Klocke, A. (1995)

Tabelle 39

Schulbildung und Ernährung bei erwachsenen Männern

	Mittlere Nahrungsmittel-Aufnahme pro Tag[a)]				
	Ausbildungsdauer				
	≥ 15 Jahre	11–13 Jahre	10 Jahre	8 Jahre	Sign.[b)]
Fleisch (g)	104	114	117	125	**
Käse (g)	39	30	27	25	**
Frischobst (g)	126	104	93	70	**
Frischgemüse (g)	214	177	181	164	**
Ballaststoffe (g)	23	20	20	19	**
Vitamin C (mg)	80	65	64	53	**
Jod (μ_{μ}g)	209	164	148	121	**
Magnesium (mg)	344	334	334	311	*
Calcium (mg)	727	669	655	611	**

a) kontrollierte Variable: Alter
b) *: $p < 0{,}01$; **: $p < 0{,}001$ (jeweils Vergleich geringste vs. höchste Ausbildung)
Stichprobe: 899 Männer (45–64 Jahre) aus der Studienregion Augsburg
Datenbasis: 7-Tage-Ernährungs-Protokolle 1984/85 (MONICA-Studie)
Quelle: Kußmaul, B. et al. (1995)

3.4.7 Alkoholkonsum

147. Die aus Deutschland vorliegenden Studien über statusspezifische Unterschiede im Alkoholkonsum ergeben kein klares Bild. Bezogen auf Jugendliche liegen einige Hinweise vor, die auf einen erhöhten Konsum in der unteren Statusgruppe hinweisen. M. Scholz und M. Kaltenbach (1995) haben bei ihrer Erhebung von ca. 3 000 Schülern zwischen 12 und 13 Jahren auch nach dem Bier- und Weinkonsum gefragt. Die Auswertungen zeigen, dass der Konsum bei Hauptschülern signifikant höher ist als bei Gymnasiasten (vgl. Tabelle 40).

Antworten zum Alkoholkonsum entsprechen nicht zwangsläufig dem tatsächlichen Konsum, und Verzerrungen in den Antworten können ihrerseits statusspezifische Unterschiede aufweisen. Zusätzliche Unsicherheit entsteht dadurch, dass A. Klocke und K. Hurrelmann (1995) bei ihrer 1994 in Nordrhein-Westfalen durchgeführten Befragung von ca. 3 300 Schülern keine bedeutenden schicht-spezifischen Unterschiede im Bierkonsum feststellen konnten.

Bei Erwachsenen ist das Bild ebenfalls verworren (Mielck, A. 2000). Einige Studien zeigen, dass der Alkoholkonsum in der oberen sozialen Schicht höher ist als in der unteren, andere Studien weisen auf einen umgekehrten Zusammenhang hin. Diese Unstimmigkeiten können auch darauf beruhen, dass die Variable ‚Alkoholkonsum' zum Teil nur grob definiert wird. Eine relativ detaillierte Analyse liegt auf Basis von DHP-Daten vor (Mielck, A. 1996). Die Erhebung enthielt Fragen zum durchschnittlichen Konsum von Bier, Wein/Sekt und hochprozentigen Getränken. Nach Umrechnung der Angaben in Gramm Alkohol und Addition der Mengen aus verschiedenen alkoholischen Getränken lässt sich der durchschnittliche tägliche Konsum (Gramm Alkohol) berechnen. Auf diese Weise wurden vier Gruppen gebildet: kein täglicher Alkoholkonsum, geringer Konsum (bis 20 g), mittlerer (20 bis 40 g) und hoher täglicher Alkoholkonsum (mehr als 40 g). Die Auswertungen ergaben, dass der hohe Alkoholkonsum in der oberen sozialen Schicht signifikant häufiger ist als in der unteren, und zwar bei Männern 1,92-mal und bei Frauen 3,45-mal (vgl. Tabelle 41). Bei Männern ist dieser Zusammenhang auf den Konsum von Wein/Sekt und hochprozentigen Getränken zurückzuführen. Lediglich der Konsum von Bier ist in der unteren sozialen Schicht häufiger als in der oberen. Bei Frauen wurde bei allen alkoholischen Getränken in der oberen sozialen Schicht ein höherer Konsum festgestellt als in der unteren Sozialschicht. Die Auswertung von Daten einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung aus dem Jahr 1997 zeigte für 25- bis 59-jährige Männer und Frauen, dass Abstinenz (kein Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten) in der oberen sozialen Schicht seltener ist als in der unteren (Bloomfield, K. et al. 2000).

Die Mehrzahl der Studien deutet darauf hin, dass der Alkoholkonsum bei Jugendlichen in der unteren Statusgruppe und bei Erwachsenen in der oberen Statusgruppe überproportional hoch ist.

3.4.8 Belastung durch die Arbeitsbedingungen

148. Im ‚Gesundheitsbericht für Deutschland' werden bei den ‚Belastungen aus der Arbeitswelt' die folgenden Bereiche unterschieden (Statistisches Bundesamt 1998):

- Umgebungsbelastungen (z. B. Lärm, Dämpfe, Hitze) und Unfallgefahren,
- körperliche Belastungen (schwere Lasten heben, einseitige Muskelbelastung) und
- psychische und psychosoziale Belastungen (Monotonie, Zeitdruck, Vorgesetztenverhalten).

Tabelle 40

Schultyp und Alkoholkonsum bei Jugendlichen

Alkoholkonsum pro Woche	Angaben in %			
	Gymnasium	Integr. Gesamtschule	Realschule	Hauptschule
Ein oder mehr Gläser Bier	*6,9*	*12,3**	*13,4***	*15,6***
Ein oder mehr Gläser Wein	*5,2*	*10,0**	*10,4***	*10,9***

*: $p < 0{,}01$; **: $p < 0{,}001$ (jeweils vs. Gymnasium)
Stichprobe: 2 979 Schüler (12–13 Jahre) in Offenbach und Hanau
Datenbasis: Befragung 1991/92
Quelle: Scholz, M. u. Kaltenbach, M. (1995)

Tabelle 41

Alkoholkonsum bei Erwachsenen

Durchschnittl. täglicher Alkoholkonsum			Odds Ratio (95 % Konf.-Intervall)[a]		
			Soziale Schicht[b]		
			untere	obere	
Männer:	Gesamter Alkoholkonsum	≥ 40 g	1,00	1,92	(1,35–2,70)
	Wein, Sekt	≥ 40 g	1,00	6,67	(4,17–11,11)
	Bier	≥ 40 g	1,00	0,45	(0,29–0,72)
	Hochprozentiges	JA[c]	1,00	1,30	(0,99–1,69)
Frauen:	Gesamter Alkoholkonsum	≥ 40 g	1,00	3,45	(2,17–5,26)
	Wein, Sekt	≥ 40 g	1,00	4,35	(2,50–7,14)
	Bier	JA[c]	1,00	1,33	(1,02–1,79)
	Hochprozentiges	JA[c]	1,00	1,75	(1,25–2,38)

[a] kontrollierte Variable: Alter
[b] Index aus Ausbildung, Beruf und Einkommen (3 soziale Schichten, mittlere hier nicht genannt)
[c] zu geringe Fallzahl für Analyse des Konsums ³≥ 40 g
Stichprobe: 5 248 Männer und Frauen (25–69 Jahre) aus den alten Bundesländern
Datenbasis: Befragung 1987/88 (DHP-Studie)
Quelle: Mielck, A. (1996)

Erforderlich wären empirische Studien, in denen für jede Statusgruppe untersucht wird, wie groß diese Belastungen sind und welchen Beitrag sie zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit leisten. Im Rahmen der Public Health Forschung sind dazu nur wenige empirische Studien aus Deutschland vorgelegt worden, obwohl die Bedeutung statusspezifischer Unterschiede bei den Arbeitsbedingungen für die Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit immer wieder herausgestellt wird (z. B. Oppolzer, A. 1994).

Eine schon ältere Publikation verwendete Daten aus dem ‚Sozio-ökonomischen Panel' (Noll, H.H. u. Habich, R. 1990). Ein einfacher Vergleich zwischen einer statushohen und einer statusniedrigen Berufsgruppe ergab deutliche Unterschiede (vgl. Tabelle 42).

In den letzten Jahren ist in der Public Health Forschung versucht worden, die psycho-sozialen Arbeitsbelastungen besser zu verstehen (Greiner, B. 2001). Der ‚*job strain*'-Ansatz konzentriert sich auf die Kombination aus hoher Anforderung und geringem Handlungsspielraum. Beim ‚*effort-reward-imbalance*'-Ansatz steht die Diskrepanz zwischen hoher beruflicher Verausgabung und niedriger Belohnung im Mittelpunkt. Es wird davon ausgegangen, dass untere Statusgruppen oft stark von psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz betroffen sind (vgl. Siegrist, J. u. Marmot, M. 2004; Siegrist, J. et al. 2004).

3.4.9 Belastung durch die Wohnbedingungen

149. Unter dem Stichwort ‚*Environmental Justice*' wird in den USA seit über 15 Jahren darüber diskutiert, ob die

Tabelle 42

Stellung im Beruf und Arbeitsbedingungen

Arbeitsbedingungen (Antwort: trifft voll und ganz zu)	**Beruflicher Status (Angaben in %)**	
	mittlere/höhere akademische Berufe	un- und angelernte Arbeiter
Belastende Umgebungseinflüsse	*2*	*30*
Körperlich schwere Arbeit	*1*	*29*
Strenge Kontrolle der Arbeit	*5*	*24*
Nervliche Anspannung	*47*	*26*
Abwechslungsreiche Arbeit	*86*	*35*
Möglichkeit der Selbstgestaltung	*65*	*28*
Möglichkeit der Mitentscheidung	*31*	*1*
Möglichkeit des Dazulernens	*52*	*16*

Datenbasis: Befragung 1984–1986 (Sozio-ökonomisches Panel)
Stichprobe: ca. 12 000 Männer und Frauen ab 16 Jahren (alte Bundesländer, Deutsche und Ausländer)
Quelle: Noll, H.H. u. Habich, R. (1990)

Umweltbelastungen auf alle Bevölkerungsgruppen gleichmäßig verteilt sind. Die Aufmerksamkeit konzentriert sich auf Unterschiede im Hinblick auf die ethnische Zugehörigkeit. Unterschiede nach Einkommensgruppen werden ebenfalls thematisiert (vgl. Maschewsky, W. 2001).

In Deutschland hat die Diskussion über die ‚sozial gerechte' Verteilung von Umweltbelastungen erst begonnen, und bisher liegen wenige empirische Studien zu diesem Thema vor (Mielck, A. u. Heinrich, J. 2002). Eine vor kurzem publizierte Studie basiert auf Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 und konzentriert sich auf den Straßenlärm (Hoffmann, B. et al. 2003). Gemessen mit Hilfe der Variable ‚Wohnen an stark befahrener Straße', war die Belastung in der unteren Statusgruppe im Vergleich zur oberen Statusgruppe mehr als doppelt so hoch. Auch bei der Variablen ‚empfundene Stärke des Straßenlärms' wurde ein ähnlicher Zusammenhang festgestellt (Hoffmann, B. et al. 2003).

Eine weitere neuere Studie basiert auf Daten des ‚Sozioökonomischen Panels' (Mielck, A. 2004). Der eingesetzte Fragenkatalog enthielt nur in den Jahren 1986, 1994 und 1999 Fragen zur Umweltbelastung. Die 1999 im Haushaltsfragebogen eingesetzten Fragen lauten: „Wie sehr fühlen Sie sich in dieser Wohngegend durch Lärmbelästigung beeinträchtigt? Wie sehr fühlen Sie sich in dieser Wohngegend durch Luftverschmutzung, z. B. Staub, Abgase oder Gestank, beeinträchtigt?" Als Antwortvorgaben wurden angeboten: gar nicht, gering, gerade erträglich, stark, sehr stark. In der Auswertung wurde untersucht, ob und wie die Antworten zu diesen beiden Fragen mit den Angaben zum Haushaltseinkommen (Äquivalenzeinkommen) zusammenhängen. Als am höchsten belastet wurden Haushalte definiert, bei denen sowohl die Belastung durch Lärm als auch durch Luftverschmutzung stark oder sehr stark ist. Die Verteilung nach Einkommen ergab ein klares Bild: Die untere Einkommensgruppe ist zwei-bis dreimal häufiger betroffen als die obere (Tabelle 43). Weitergehende Analysen zeigten, dass die ungleiche Ver-

Tabelle 43

Einkommen, Lärmbelastung und Luftverschmutzung

	Äquivalenzeinkommen			
	Odds Ratio (95 % Konfidenz-Intervall)			
	≥ 150 %	101–150 %	51–100 %	≤ 50 % (Armut)
Lärm[a)]	1,00	1,58 (1,13–2,21)	1,88 (1,36–2,59)	2,17 (1,38–3,40)
Luftverschmutzung[a)]	1,00	1,51 (1,07–2,13)	1,62 (1,16–2,26)	2,05 (1,29–3,26)
Beides[a)]	1,00	2,16 (1,31–3,55)	2,49 (1,54–4,01)	2,83 (1,51–5,33)

[a)] starke oder sehr starke Belastung
Stichprobe: 6 038 Haushalte aus den alten und neuen Bundesländern (deutscher oder ausländischer Haushaltsvorstand)
Datenbasis: Sozio-ökonomisches Panel (Daten von 1999)
Quelle: Mielck, A. (2004)

teilung der Belastung durch Lärm und Luftverschmutzung in den neuen Bundesländern größer ist als in den alten.

Die Diskussion über das Thema ‚Armut und soziale Ungleichheit' bezieht sich zumeist auf die besonders betroffenen Bevölkerungsgruppen, z. B. Erwerbstätige mit niedriger beruflicher Qualifikation, Arbeitslose oder Alleinerziehende (Hanesch, W. et al. 2000). Dabei wird nur selten beachtet, dass sich stark belastete Bevölkerungsgruppen häufig in bestimmten Regionen bzw. Stadtgebieten konzentrieren. So wird z. B. in der Diskussion über zunehmende Armut bei Kindern und Jugendlichen selten danach gefragt, in welchen Stadtgebieten sich diese Problematik häuft und durch welche Merkmale des Stadtgebietes die sozialen und gesundheitlichen Folgen ggf. verschärft werden. Das Gleiche gilt für die Diskussion über das Thema ‚gesundheitliche Ungleichheit'; auch hier wird die regionale Dimension oft außer Acht gelassen.

Die stärkere Beachtung der regionalen Verteilung des Problems ist vor allem dann wichtig, wenn Interventionsmaßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit geplant werden. Zum einen müssen die Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention auf eine Zielgruppe zugeschnitten sein. Wenn sie sich an alle Bevölkerungsgruppen richten, führen sie u. U. eher zu einer Vergrößerung als zu einer Verkleinerung der gesundheitlichen Ungleichheit, weil oft vor allem die oberen Statusgruppen erreicht werden (Mielck, A. 2000). Je stärker sich eine Maßnahme auf Mitglieder der unteren Statusgruppen konzentriert, um so eher kann sie zu einer Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit beitragen. Erfolg versprechen vor allem Maßnahmen, die dort umgesetzt werden, wo besonders belastete Personengruppen wohnen, arbeiten oder ihre Freizeit verbringen.

Ohne die Berücksichtigung der komplexen Ursachen von sozialschichtspezifischen Unterschieden in den Ressourcen und Belastungen, der Morbidität und Mortalität besteht die Gefahr einer Reduktion von Problemlagen auf zu einfache Erklärungsansätze mit der Konsequenz zu eng gefasster Interventionen. Dieses Problem wird bei Umweltbelastungen in der Wohnumgebung besonders deutlich: Den Personen aus unteren Statusgruppen, die in ungeeigneten Wohnungen, in der Nähe von Schadstoffemittenten und/ oder stark befahrenen Verkehrswegen leben, stehen häufig aufgrund beschränkter finanzieller Möglichkeiten keine besseren Optionen zur Verfügung. Eine derartige Belastung ist vor allem dann, wenn sie zeitgleich mit anderen Belastungen z. B. am Arbeitsplatz oder aufgrund von Arbeitslosigkeit auftritt, häufig kein geeigneter Nährboden für Ratschläge zum individuellen Gesundheitsverhalten.

150. Aus dem dargestellten Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und der Verteilung von Mortalität, Morbidität und Risikofaktoren in Deutschland lassen sich im Hinblick auf die Datenbasis gesundheits- und sozialpolitischer Entscheidungen zwei Forderungen ableiten:

- Berücksichtigung der Ungleichheit von Gesundheitschancen in der Gesundheitsberichterstattung und in der Berichterstattung über Armut und Reichtum bzw. Verknüpfung dieser Berichtssysteme.
- Durchführung weiterer Studien und von Surveys zur Studienlage mit dem Ziel, die Entwicklung der beschriebenen Zusammenhänge im Zeitverlauf zu verfolgen.

Darüber hinaus muss der Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und dem Gesundheitszustand in die Strategieentwicklung auf dem Gebiet der Prävention, vor allem der Primärprävention, eingehen (vgl. Kapitel 4).

3.5 Literatur

Altgeld, T., Hofrichter P. (Hrsg.) (2000): Reiches Land – Kranke Kinder? Gesundheitliche Folgen von Armut bei Kindern und Jugendlichen. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main.

Angermeyer, M.C. (ed.) (1987): From Social Class to Social Stress. New Developments in Psychiatric Epidemiology, Berlin.

Barlösius, E., Feichtinger, E., Köhler, B.M (Hrsg.) (1995): Ernährung in der Armut. Gesundheitliche, soziale und kulturelle Folgen in der Bundesrepublik Deutschland. edition sigma, rainer bohn verlag, Berlin.

Bellach, B.M., Knopf H., Thefeld W. (1998): Der Bundes-Gesundheitssurvey 1998/98. Gesundheitswesen 60, Sonderheft 2, S. 59–68.

Bellach, B.M., Ellert, U., Radoschewski, M. (2000): Epidemiologie des Schmerzes – Ergebnisse des Bundesgesundheitssurveys 1998. Bundesgesundheitsblatt 43:S 424–431.

Bloomfield, K., Augustin, R, Kraus, L. (2000): Social inequalities in alcohol use and misuse in the German general population. Z. f. Gesundheitswiss. 8: S. 230–242.

Böcken, J., Braun, B., Schnee, M. (Hrsg.) (2002): Gesundheitsmonitor 2002. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.

Brenner, H., Mielck, A., Klein, R., Ziegler, H. (1991): The role of socioeconomic factors in the survival of patients with colorectal cancer in Saarland/Germany. J. Clin. Epidemiol. 44, S 807–815.

Brenner, H., Mielck, A. (1993a): Children's exposure to parental smoking in West Germany. Int. J. of Epidemiology 22, S 818–823.

Brenner, H., Mielck, A. (1993b): The role of childbirth in smoking cessation. Prev. Med. 22, S. 225-236.

Cooper, B., Sosna, U. (1983): Psychische Erkrankungen in der Altenbevölkerung. Eine epidemiologische Feldstudie in Mannheim. Nervenarzt 54, S 239–249.

Czerwinski-Mast, M., Danielzik, S., Asbeck, I., Langnäse, K., Spethmann, C., Müller, M.J. (2003): Kieler

Adipositaspräventionsstudie (KOPS). Konzept und erste Ergebnisse der Vierjahres-Nachuntersuchung. Bundesgesundheitsblatt 46, S. 727–731.

Dilling, H., Weyerer, S. (1987): Social Class and Mental Disorders: Results from Upper Bavarian Studies. In: Angermeyer (ed.), a.a.O.,S. 46–63.

Forschungsverbund DHP (Hrsg.) (1998): Die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie. Design und Ergebnisse. Verlag Hans Huber, Bern.

Geyer, S., Peter, R., (1998): Unfallbedingte Krankenhausaufnahme von Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit von ihrem sozialen Status – Befunde mit Daten einer nordrhein-westfälischen AOK. Gesundheitswesen 60, S. 493–499.

Geyer, S., Peter, R. (1999): Occupational status and allcause mortality. A study with health insurance data from Nordrhein-Westfalen, Germany. Eur. J. Publ. Health 9, S 114–118.

Glaser-Möller, N., Jürgens, R., Thiele, W. (1992): Gesundheit und soziale Lage in Hamburg. Neue Ansätze zur Aufarbeitung eines weiterhin aktuellen Themas. In: Süß W, Trojan A (Hrsg.): Armut in Hamburg. Soziale und gesundheitliche Risiken. VSA-Verlag, Hamburg, S. 156–173.

Greiner, B., (2001): Psychosoziale Belastungen und Ressourcen am Arbeitsplatz. In: Mielck/Bloomfield (Hrsg.), a.a.O., S. 141–156.

Grobe, T.G., Schwartz, F.W. (2003): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bunde, Heft 13, Robert Koch – Institut, Berlin.

Härtel, U., Stieber, J., Keil, U. (1993): Der Einfluß von Ausbildung und beruflicher Position auf Veränderungen im Zigarettenrauchen und Alkoholkonsum: Ergebnisse der MONICA Augsburg Kohortenstudie. Soz.-Präventivmed. 38, S 133–141.

Hanesch W, Krause P, Bäcker G (2000): Armut und Ungleichheit in Deutschland. Der neue Armutsbericht der Hans-Böckler-Stiftung, des DGB und des Paritätischen Wohlfahrtsverbands. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek.

Hauser R (2004): The personal distribution of economic welfare in Germany – How the welfare state works. Social Indicators Research 65: 1–25.

Heinrich J, Mielck A, Schäfer I, Mey W (1998a): Soziale Ungleichheit und umweltbedingte Erkrankungen in Deutschland. Empirische Ergebnisse und Handlungsansätze. In: Wichmann HE, Schlipköter HW, Fülgraff G (Hrsg.): Fortschritte in der Umweltmedizin. Ecomed Verlagsgesellschaft, Landsberg.

Heinrich J, Popescu MA, Wjst M, Goldstein IF, Wichmann HE (1998b): Atopy in children and parental social class. Am. J. Public Health 88: 1319-1324.

Helfferich C, Hendel-Kramer A, Klindworth H (2003): Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 14, Robert Koch-Institut, Berlin.

Helmert U (1993): Social class and risk factor changes at the midpoint of the German Cardiovascular Prevention Study. In: Abel Th, Geyer S, Gerhardt U, Siegrist J, van d. Heuvel W (eds.) (1993): Medical Sociology: Research on chronic illness. Informationszentrum Sozialwissenschaften, Bonn/Berlin, 133–155.

Helmert U, Maschewsky-Schneider U, Mielck A, Greiser E (1993): Soziale Ungleichheit bei Herzinfarkt und Schlaganfall in West-Deutschland. Soz.- Präventivmed. 38: 123–132.

Helmert U (1994): Sozialschichtspezifische Unterschiede in der selbst wahrgenommenen Morbidität und bei ausgewählten gesundheitsbezogenen Indikatoren in West-Deutschland. In: Mielck (Hrsg.) (1994), a. a. O., 187–207.

Helmert U, Shea S (1994): Social inequalities and health status in Western Germany. Public Health 108: 341–356.

Helmert U, Janka HU, Strube H (1994): Epidemiologische Befunde zur Häufigkeit des Diabetes mellitus in der Bundesrepublik Deutschland 1984-1991. Diabetes und Stoffwechsel 3: 271–277.

Helmert U, Mielck A, Shea S (1997): Poverty and health in West Germany. Soz.-Präventivmed. 42: 276–285.

Helmert U, Borgers D (1998): Rauchen und Beruf. Eine Analyse von 100.000 Befragten des Mikrozensus 1995. Bundesgesundheitsblatt 3/98: 102-107.

Helmert U (2001): Sozialschichtspezifische Unterschiede bei somatischen und verhaltensbezogenen Risikofaktoren für koronare Herzkrankheiten, in: Mielck/Bloomfield (Hrsg.), a. a. O, 175–183.

Helmert U (2003a): Soziale Ungleichheit und Krankheitsrisiken. Maro Verlag, Augsburg.

Helmert U (2003b): Subjektive Einschätzung der Gesundheit und Mortalitätsentwicklung. Gesundheitswesen 65: 47–54.

Henkel D, Vogt I (Hrsg.) (1998): Sucht und Armut. Alkohol, Tabak, Medikamente, illegale Drogen. Leske & Budrich, Opladen.

Hoffmann B, Robra B, Swart E (2003): Soziale Ungleichheit und Straßenlärm im Wohnumfeld – eine Auswertung des Bundesgesundheitssurveys. Gesundheitswesen 65: 393–401.

Hornung R (1997): Determinanten des Gesundheitsverhaltens. In: Weitkunat R, Haisch J, Kessler M (Hrsg.): Public Health und Gesundheitspsychologie. Verlag Hans Huber, Bern, 29–40.

Idler E, Benyamini Y (1997): Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. J. Health and Social Behavior 38: 21–37.

Janßen Ch (2001): Soziale Schicht und 'Gesundheitliche Kontrollüberzeugungen' (Health Locus of Control). In: Mielck/Bloomfield (Hrsg.): a. a. O., 184–195.

Kamensky J et al. (2003): Gesunde Kinder – gleiche Chancen für alle? Ein Leitfaden für den Öffentlichen Gesundheitsdienst zur Förderung gesundheitlicher Teilhabe. Herausgegeben vom Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg und dem Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (lögd), Bielefeld.

Kersting-Dürrwächter G, Mielck A (2001): Unfälle von Vorschulkindern im Landkreis Böblingen – Unfallursachen und Risikogruppen. Gesundheitswesen 63: 335–342.

Klein Th (1996): Mortalität in Deutschland: Aktuelle Entwicklungen und soziale Unterschiede. In: Zapf W, Schupp J, Habich R (Hrsg.) (1996): Lebenslagen im Wandel. Sozialberichterstattung im Längsschnitt. Campus Verlag, Frankfurt/New York, 366–377.

Klocke A (1995): Der Einfluß sozialer Ungleichheit auf das Ernährungsverhalten im Kindes- und Jugendalter, in: Barlösius et al. (Hrsg.), a.a.O., 185–203.

Klocke A, Hurrelmann K (1995): Armut und Gesundheit. Inwieweit sind Kinder und Jugendliche betroffen? Z. f. Gesundheitswiss., 2. Beiheft: 138–151.

Klocke A (1997): Gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen in Armut. In: 2. bundesweiter Kongreß 'Armut und Gesundheit' (November 1996). Dokumentation, 16–20.

Klocke A (2001): Armut bei Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen auf die Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bunde, Heft 4, Robert Koch – Institut, Berlin.

Klosterhuis H, Müller-Fahrnow W (1994): Sozialschicht und Sterblichkeit bei männlichen Angestellten aus den alten Bundesländern. In: Mielck (Hrsg.) (1994), a. a. O., 319–330.

Knopf H, Ellert U, Melchert HU (1999): Sozialschicht und Gesundheit. Gesundheitswesen 61, Sonderheft 2: S169–S177.

Köhler BM, Feichtinger E (Hrsg.) (1998): Annotierte Bibliographie 'Armut und Ernährung'. edition sigma, rainer bohn verlag, Berlin.

Kußmaul B, Döring A, Stender M, Winkler G, Keil U (1995): Zusammenhang zwischen Ernährungsverhalten und Bildungsstand: Ergebnisse der Ernährungserhebung 1984/85 des MONICA-Projektes Augsburg. Z. Ernährungswiss. 34: 177–182.

Maschewsky W (2001): Umweltgerechtigkeit, Public Health und soziale Stadt. Verlag für Akademische Schriften (VAS), Frankfurt/M.

Maschewsky-Schneider U (1997): Frauen sind anders krank. Zur gesundheitlichen Lage von Frauen in Deutschland. Juventa Verlag, Weinheim/München.

Micheelis, W, Bauch J (Gesamtbearbeitung) (1991): Mundgesundheitszustand und -verhalten in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse des nationalen IDZ-Survey 1989. Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.

Micheelis, W, Bauch J (Gesamtbearbeitung) (1993): Mundgesundheitszustand und -verhalten in Ostdeutschland. Ergebnisse des IDZ-Ergänzungssurvey 1992. Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.

Micheelis W, Reich E (Gesamtbearbeitung) (1999): Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III). Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.

Micheelis W (2001): Soziale Ungleichheit und Mundkrankheiten, in: Mielck/Bloomfield (Hrsg.), a. a. O., 128–140.

Mielck A (Hrsg.) (1994): Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Leske & Budrich, Opladen.

Mielck A (1996): Sozio-ökonomische Unterschiede beim Alkoholkonsum. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP), Witten-Herdecke, 25. –28. September 1996 (Vortrag).

Mielck A, Reitmeir P, Wjst M (1996): Severity of Childhood Asthma by Socioeconomic Status. Int. J. Epidem. 25: 388–393.

Mielck A (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Verlag Hans Huber, Bern et al.

Mielck A, Bloomfield K (Hrsg.) (2001): Sozial-Epidemiologie. Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Juventa Verlag, Weinheim.

Mielck A, Heinrich J (2002): Soziale Ungleichheit und die Verteilung umweltbezogener Expositionen (Environmental Justice). Das Gesundheitswesen 64: 405–416.

Mielck A (2004): Unterschiede bei Lärmbelastung und Luftverschmutzung nach dem Haushaltseinkommen. In: Bolte G, Mielck A (Hrsg.) (1995): Umweltgerechtigkeit. Die soziale Verteilung von Umweltbelastungen, Juventa Verlag (im Druck).

Ministerium (1997a): Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg (Hrsg.): Zur Gesundheit der Schulanfänger im Land Brandenburg. Potsdam.

Ministerium (1997b): Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg (Hrsg.): Aktionsprogramm des Landes Brandenburg. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Potsdam.

Ministerium (2001): Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg (Hrsg.): Soziale Lage und Gesundheit von jungen Menschen im Land Brandenburg 2001. Potsdam.

Müller M, Koertringer I, Mast M, Languix K, Frunch A (1999): Physical acticity and diet in 5 to 7 years old children. Public Health Nutrition 2: 443–444.

Mutius E von, Nicolai T, Winter K, Frentzel-Beyme-Bauer R (1992): Asthma bronchiale und Allergien im Kindesalter. Münchner Asthma- und Allergiestudie. Bayerisches Staatsministerium für Landesentwicklung und Umweltfragen, Materialien 83, München.

Noll HH, Habich R (1990): Individuelle Wohlfahrt: Vertikale Ungleichheit oder horizontale Disparitäten? In: Berger PA, Hradil S (Hrsg.): Lebenslagen, Lebensläufe, Lebensstile. Verlag Otto Schwartz & Co., Göttingen, 153–188.

Oppolzer A (1994): Die Arbeitswelt als Ursache gesundheitlicher Ungleichheit. In: Mielck (Hrsg.), a. a. O., 125–165.

Peter R, Geyer S (1999): Schul- und Berufsausbildung, Berufsstatus und Herzinfarkt – eine Studie mit Daten einer gesetzlichen Krankenversicherung. Gesundheitswesen 61: 20–26.

Pötschke-Langer M (1998): Was Hänschen nicht lernt … Heidelberger Studie plädiert für alters- und schulspezifische Beratung sowie Einbeziehung der Eltern. Deutsches Ärzteblatt 95 (29. Mai): C-991 – C-992.

Reil-Held A (2000): Einkommen und Sterblichkeit in Deutschland: Leben Reiche länger? Institut für Volkswirtschaftslehre und Statistik, Universität Mannheim, Beiträge zur angewandten Wirtschaftsforschung, Nr. 580-00.

Schepank H, Tress W (1987): Biography, social stress, and the point prevalence of psychogenic disorders. In: Angermeyer (ed.) a. a. O., 166–175.

Scholz M, Kaltenbach M (1995): Zigaretten-, Alkohol- und Drogenkonsum bei 12- bis 13-jährigen Jugendlichen – eine anonyme Befragung bei 2979 Schülern. Gesundheitswesen 57: 339–344.

Setter C, Peter R, Siegrist J, Hort W (1998): Impact of school and vocational education on smoking behaviour: Results from a large-scale study on adolescents and young adults in Germany. Soz.-Präventivmed. 43: 133–140.

Siegrist J, Marmot M (2004): Health inequalities and the psychosocial environment – two scientific challenges. Soc. Sci. Med. 58: 1463–1473.

Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, Peter R (2004): The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. Social Science & Medicine 58: 1483–1499.

Stang A, Jöckel K.-H. (2003): Visual disturbances in a population-based survey of 6962 subjects. The German National Health Examination Survey 1998. Eur. J. Public Health 13: 202-209.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1992): Fragen zur Gesundheit. Ergebnisse des Mikrozensus 1992. Wirtschaft und Statistik, Heft 7: 11–41.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland. Verlag Metzler-Poeschel, Stuttgart.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2004): Datenreport 2004. In Zusammenarbeit mit dem Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschnung (WZB) und dem Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen, Mannheim (ZUMA). Bonn.

Trabert G (2003): Kinderarmut und Gesundheit. Wie Armut krank und Krankheit arm machen kann. Sozialmagazin 28; 16–22.

Wichmann HE, Malin E, Hübner HR, Schlipköter HW (1990): Zusammenfassende Bewertung der ‚Pseudokrupp-Studien' in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen. Kernforschungszentrum Karlsruhe. Forschungsbericht KfK-PEF 64, Karlsruhe.

Winkler J (1998): Die Messung des sozialen Status mit Hilfe eines Index in den Gesundheitssurveys der DHP. Ahrens W, Bellach BM, Jöckel KH (Hrsg.) (1998): Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie. Robert Koch-Institut, RKI Schriften 1/98, Berlin, 69–74.

4 Strategien der Primärprävention

4.1 Ziele und Interventionsformen

4.1.1 Zielspektrum der Prävention

151. In einer Bestandsaufnahme zur Zielbildung im Gesundheitssystem konstatierte der Sachverständigenrat eine mangelnde Orientierung an expliziten gesundheitlichen Zielen (Gutachten 2000/2001, Band I, Ziffer 97). Diskussionen in der Politik, in der Fachöffentlichkeit sowie in einer breiteren Öffentlichkeit zur Präventionspolitik deuten auf einen fehlenden Konsens über Ziele und Konzepte auch in diesem Bereich der Gesundheitspolitik hin. Die folgenden Ausführungen sollen zur Klärung der Zielsetzung und der Eignung unterschiedlicher Strategien der Primärprävention und damit zur gesundheitswissenschaftlichen Fundierung der Umsetzung und ggf. der Weiterentwicklung des derzeit von allen gesundheitspolitischen Akteuren angestrebten Präventionsgesetzes beitragen.

152. Unabhängig von einer näheren Bestimmung präventionspolitischer Anliegen hängt die Zielsetzung präventiver Interventionen von dem Zeitpunkt der Intervention in den Prozess der Krankheitsentstehung ab. Unter diesem Aspekt wird zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden (Gutachten 2000/2001, Band I, Ziffer 110):

- Primärprävention zielt auf die Senkung der Eintrittswahrscheinlichkeit von Krankheiten und Unfällen bei einem Individuum oder einer (Teil-) Population. Das gesundheitspolitische Ziel ist die Senkung der Inzidenz von Krankheiten und Unfällen (Auftreten neuer Fälle innerhalb eines definierten Zeitraums).
- Sekundärprävention zielt auf die Entdeckung eines eindeutigen, evtl. symptomlosen Frühstadiums einer Krankheit und auf eine frühzeitig einsetzende Therapie. Gesundheitspolitisches Ziel ist die Senkung der Inzidenz manifester bzw. fortgeschrittener Erkrankungen oder Krankheitsstadien.
- Tertiärprävention bezeichnet in einem weiteren Sinne die Behandlung einer Krankheit mit dem Ziel, ihre Verschlimmerung zu vermeiden oder zu verzögern. In einem engeren Sinne beinhaltet sie die Vermeidung, Linderung oder Kompensation von Einschränkungen und Funktionseinbußen, die aus einer Krankheit oder aus einem Unfall resultieren (Rehabilitation).

Die Komplexität der Ätiologie und des Verlaufs von Krankheiten erschwert die Bildung trennscharfer Kategorien und einer einheitlichen Terminologie. Bestimmte Krankheiten erhöhen das Risiko des Auftretens anderer Krankheiten (z. B. Hypertonie). Die Grenzen zwischen den Ebenen der Prävention können auch durch eine verfeinerte Diagnostik unschärfer werden (Walter, U. 2004). Bei der Sekundärprävention und Tertiärprävention bestehen fließende Übergange zur Kuration. In der Kardiologie wird auch die Vermeidung einer Zweiterkrankung nach behandelter Ersterkrankung (z. B. Reinfarkt nach Herzinfarkt) unter Sekundärprävention subsumiert (Walter, U. 2004). Bei dieser Verwendung des Begriffs kann die Sekundärprävention z. B. eine lipidsenkende Pharmakotherapie umfassen. Tertiärprävention und Rehabilitation werden weitgehend gleichgesetzt, sofern der Begriff der Tertiärprävention nicht in einem weiteren Sinne verwendet wird und neben rehabilitativen auch kurative Elemente umfasst.

153. Ungeachtet der Bandbreite präventiver Ziele und Unterziele lässt sich die Zielsetzung der Primärprävention auf einer allgemeinen Ebene noch näher bestimmen:

- Vermeidung, Abschwächung oder zeitliche Verschiebung von Mortalität und Mor-bidität und den sich aus ihr ergebenden Einbußen an Lebensqualität und Einschränkungen der Teilhabe am sozialen Leben (Vermeidung bzw. zeitliche Verlagerung von ‚intangiblen' Krankheitskosten),
- Vermeidung, Verringerung und/oder zeitliche Verschiebung von direkten Krankheitskosten (d. h. Ressourceneinsatz für Kuration und Rehabilitation bzw. Ausgaben der Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung),
- Investition in Gesundheit als einen aufgrund demographischer Trends zunehmend wichtigen Bestandteil des ‚Humankapitals' bzw.
- Vermeidung, Verringerung und/oder zeitliche Verschiebung von indirekten Krankheitskosten (d. h. reduzierte Produktivität in Betrieben und Verwaltungen, bei freiberuflicher bzw. selbständiger Tätigkeit, im bürgerschaftlichen Engagement sowie im privaten Umfeld und daraus entstehende gesamtgesellschaftliche Produktions- und Wohlfahrtsverluste); Erhalt bzw. Erhöhung des Produktionspotenzials, wobei ‚Produktion' in einem weiten Sinne zu verstehen ist und jede Form des sozialen Engagements und der aktiven sozialen Teilhabe einschließt.

154. Die zeitliche Verschiebung von Morbidität in einer Bevölkerung wurde in der Public Health-Literatur bislang als eine mögliche oder wünschenswerte Entwicklung diskutiert (‚Kompressionsthese'; Fries, J.F. 1980). Der Inhalt der Hypothese besteht vor allem darin, dass sich die Phase der Morbidität im Lebenslauf bei einer Steigerung der Lebenserwartung nicht in gleichem Maße verlängern muss wie die Lebensspanne. Eine Kompression der Morbidität liegt vor, wenn die für ein höheres Lebensalter typische Belastung durch chronische Krankheiten bzw. Behinderungen schneller zurückgeht als die Mortalität, wenn also das Auftreten vor allem chronisch-degenerativer Erkrankungen im Bevölkerungsdurchschnitt zeitlich stärker aufgeschoben wird als die Lebenserwartung steigt (vgl. Fries, J.F. 2003).

Exkurs: Absolute und relative Kompressionsthese

155. Bereits seit mehr als zwei Jahrzehnten gibt es insbesondere im angelsächsischen Sprachraum einen Diskurs bezüglich des Zusammenhangs zwischen Mortalität und Morbidität. Dieser konzentriert sich hauptsächlich auf die Frage, wie Lebenserwartungssteigerungen zustande kommen bzw. in welchem Gesundheitszustand die Menschen bzw. Patienten gewonnene Lebensjahre verbringen. Seit geraumer Zeit erfreut sich diese Diskussion auch in Deutschland einer gewissen Popularität, wobei das Augenmerk hier allerdings weniger auf der Morbidität bzw. dem Gesundheitszustand liegt, sondern mehr auf den individuellen Gesundheitsausgaben. Diese lassen sich in gewisser Weise als ökonomischer Morbiditätsindikator interpretieren.[37] Die beiden Pole in der skizzierten Diskussion bilden auf der einen Seite die so genannte Morbiditätskompressionsthese mit ihrem Begründer Fries (1980), während auf der anderen Seite die Morbiditätsexpansionsthese steht, die auf Gruenberg (1977) zurückgeht und die im deutschen Sprachraum – vorwiegend unter der Bezeichnung Medikalisierungsthese – insbesondere Krämer (1992, 1997) vertritt.

156. Nach der absoluten Kompressionsthese nimmt die (chronische) Morbidität, d. h. die Zeitspanne zwischen dem Alter beim erstmaligen Ausbruch chronisch-irreversibler Morbidität und dem späteren Sterbezeitpunkt, im Zuge von Lebenserwartungssteigerungen absolut ab. Diese absolute Kompression liegt darin begründet, dass sich das Alter beim Ausbruch chronischer Morbidität (absolut) mehr hinauszögert als der spätere Todeszeitpunkt (vgl. Fries, J.F. 1980). Diese zeitliche Verschiebung des Ausbruchs der Krankheit geht u. a. auf Gesundheitsförderung und Primärprävention, aber auch auf zahlreiche Faktoren zurück, die wie das Bildungswesen oder die ökologische Umwelt außerhalb des Gesundheitswesens wurzeln. Eine schwächere Version (relative Kompressionsthese) postuliert dagegen nur, dass der Anteil des Lebens, der im Zustand chronisch-irreversibler Morbidität verbracht wird, durch den skizzierten Mechanismus im Zuge einer Zunahme der Lebenserwartung sinkt (vgl. Fries, J.F. 1983). Die relative Morbiditätskompression stellt eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für die absolute Kompression dar.

157. Entsprechend der Morbiditätsexpansions- bzw. Medikalisierungsthese kommen Steigerungen der Lebenserwartung dagegen durch einen anderen Mechanismus zustande: Die Medizin konzentriert sich demnach in ihrem Selbstverständnis grundsätzlich auf die Kuration bzw. (im Fall von chronischen Krankheiten) auf die Linderung bereits existierender Gebrechen, insbesondere mit dem Ziel einer Lebensverlängerung des Betroffenen. Demnach gelang es aufgrund von medizinisch-technischem Fortschritt in der Vergangenheit immer besser, die mit chronischen Krankheiten einhergehenden Komplikationen (z. B. Pneumonie) besser in den Griff zu bekommen, ohne jedoch das Voranschreiten der eigentlichen (chronischen) Krankheit signifikant aufhalten zu können. Als Folge dieser Entwicklung expandiert mit der Zunahme der Lebenslänge die Morbiditätsdauer. So nimmt z. B. bei unverändertem Alter beim Ausbruch der Krankheit die Lebenslänge und damit die Morbiditätsdauer zu. Sofern sich der Ausbruch der Krankheit nach hinten verschiebt, bleibt diese Zeitspanne hinter dem Anstieg der Lebenslänge zurück, so dass auch hier die Morbiditätsdauer zunimmt. Auch wenn Gruenberg die Unterscheidung zwischen absoluter und relativer Morbiditätsexpansion nicht vornimmt und bei seiner Argumentation nur auf die absolute Morbiditätsexpansion abstellt, spricht nichts gegen eine entsprechende Abgrenzung zwischen absoluter und relativer Morbiditätsexpansion. Während der absoluten Version zufolge bei Lebenserwartungssteigerungen die (absolute) Zahl der in Krankheit verbrachten Lebensjahre zunimmt, steigt bei der relativen Version nur der relative Anteil der Krankheitsjahre an allen Lebensjahren.

158. In diesem Kontext ist zu berücksichtigen, dass die absolute Morbiditätsexpansion (bzw. absolute Medikalisierung) bei steigender Lebenserwartung nicht zwingend die relative Morbiditätsexpansion impliziert. Die absolute Morbiditätsexpansion bildet eine notwendige, aber keine hinreichende Voraussetzung für relative Morbiditätsexpansion. Es können somit theoretisch bei steigender Lebenserwartung gleichzeitig absolute Morbiditätsexpansion und relative Morbiditätskompression auftreten. Ein solcher Fall bedingt allerdings, dass die relative Zunahme des Alters beim Ausbruch der Krankheit diejenige des Sterbealters übersteigt. Sofern sich bei einem Patienten das Alter bei Ausbruch der Krankheit von 50 auf 60 Jahre erhöht und er nun statt mit 80 mit 95 Jahren stirbt, liegt offensichtlich eine absolute Expansion der Morbiditätsdauer von 30 auf 35 Jahre vor. In diesem Falle sinkt die relative Morbidität geringfügig von 37,5 % (30:80) auf 36,8 % (35:95), d. h. es handelt sich hier gleichzeitig um eine relative Kompression. Es ist aber nicht möglich, dass eine Steigerung der Lebenserwartung mit absoluter Kompression und gleichzeitiger relativer Expansion einhergeht.

[37] In diesem Kontext gilt dies zumindest tendenziell. In speziellen Fällen kann eine sehr hohe Morbidität auch mit vergleichsweise moderaten Ausgaben einhergehen. Ein solcher Fall liegt z. B. vor, wenn ein terminal Schwerstkranker nur noch eine palliative Gesundheitsversorgung erhält.

159. Die Abbildungen a) und b) veranschaulichen die beiden Konzepte der absoluten Morbiditätskompression und -expansion in ihrer einfachen bzw. extremen Version graphisch. Während an der Abszisse das Alter steht, bezeichnet die Ordinate die Symptomschwere. Hierbei charakterisiert die ‚Systemschwelle' einen Schweregrad, ab dem klinisch manifeste Symptome auftauchen und die Krankheit nachweisbar (und möglicherweise auch von den Betroffenen ‚fühlbar') ist. Die ‚Todessschwelle' indiziert einen höheren Schweregrad, ab dem bei gegebenem Stand der Medizin der Tod des Betroffenen eintritt. Nach der absoluten Expansions- bzw. Medikalisierungsthese (Abb. a) wird das Voranschreiten der Krankheit nicht abgebremst, durch den medizinisch-technischen Fortschritt die Todesschwelle aber sukzessive angehoben. Daraus folgen ein unverändertes Alter beim Überschreiten der ‚Symptomschwelle' und ein gestiegenes Sterbealter. Nach der absoluten Kompressionsthese schwächt sich der Krankheitsverlauf (bei Konstanz der Todesschwelle) ab, so dass das Alter beim Krankheitseintritt stärker ansteigt als das Sterbealter und somit eine absolute Kompression eintritt.

Abbildung a) absolute Morbiditätsexpansion

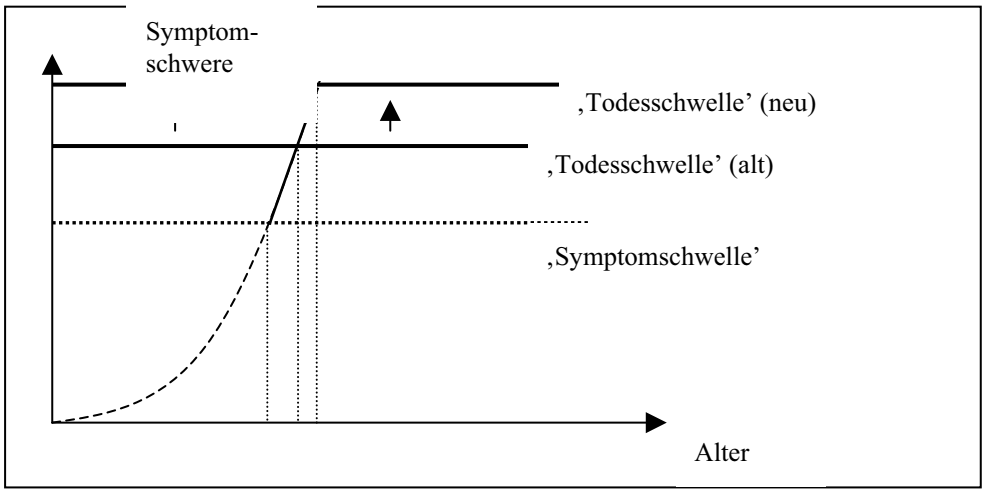
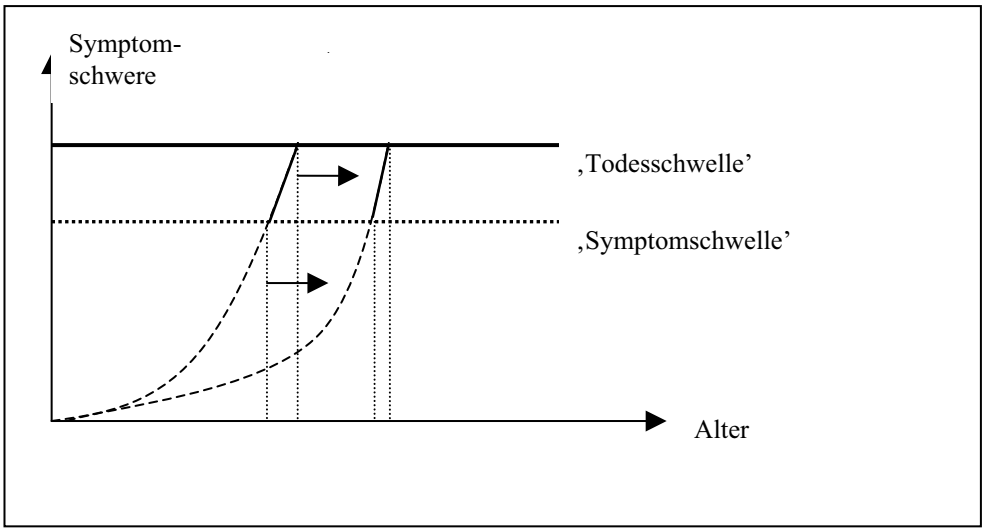


Abbildung b) absolute Morbiditätskompression



Quelle: Eigene Darstellung

160. Eine Morbiditätskompression lässt sich in den USA anhand vorliegender Daten belegen (Fries, J.F. 2003). In der Fachliteratur bildete sich der Konsens heraus, dass die für ein höheres Lebensalter typische Belastung durch Krankheit bzw. Behinderung sinkt. Einzelne Ursachen dieser Entwicklung können kaum benannt bzw. nicht quantifiziert werden. Die festgestellte Morbiditätskompression kann wohl nicht allein auf veränderte Lebensstile zurückgeführt werden, da in dem betrachteten Zeitraum zwar der Tabakkonsum reduziert wurde, zugleich aber der Trend zu inaktiven Lebensstilen (*sedentary lifestyles*) anhielt und auch die Prävalenz der Adipositas stieg. Weitere mögliche Gründe für die Morbiditätskompression können sowohl in Verbesserungen der medizinischen Versorgung begründet sein als auch aus dem Zusammenhang zwischen dem Bildungs- und dem Gesundheitszustand erklärt werden. Das durchschnittliche Bildungsniveau des älteren Teils der Bevölkerung in den USA stieg in den letzten Jahrzehnten (Fries, J.F. 2003).

Der Prävention fällt vor diesem Hintergrund die Aufgabe zu, die zeitliche Verlagerung von Morbidität und Behinderung im Lebenszyklus zumindest zu stabilisieren und nach Möglichkeit weiter zu verstärken. Dabei stellt sich allerdings die Frage, welche präventiven Strategien verfolgt werden sollen. ‚Präventionskampagnen' zielen häufig auf die Modifikation verhaltensbezogener Risikofaktoren wie Tabak- und Alkoholkonsum, Fehlernährung und Mangel an Bewegung. Eine Verringerung der durch sozioökonomische Einflussfaktoren mitverursachten Ungleichverteilung von Gesundheitschancen kann als eine weitere primärpräventive Strategie aufgefasst werden, um durch die Verbesserung des Gesundheitsstatus benachteiligter Bevölkerungsgruppen eine Verbesserung populationsbezogener Werte zu erreichen.

161. Ein erheblicher Teil der Verbesserung des Gesundheitszustands bzw. der Verlängerung der Lebenserwartung seit dem 19. Jahrhundert ist weniger auf medizinisch-kurative Innovationen als auf wirtschaftliche und soziale Entwicklungen sowie auf Umwelt-, Hygiene- und Bildungsfortschritte zurückzuführen (McKeown, Th. 1982; Gutachten 2000/2001, Band I, Ziffer 79 ff.).[38] Der Rat wies bereits darauf hin, dass der Beitrag der medizinisch-kurativen Versorgung zur Verbesserung der gesundheitlichen Ergebnisse und der Lebenserwartung der Bevölkerung in der Vergangenheit, je nach Modellansatz und methodischem Vorgehen sowie in Abhängigkeit vom Geschlecht, auf 10–40 % beziffert wird (Gutachten 2000/2001, Band I, Ziffer 95). Der verbleibende Anteil erklärt sich primär aus Verbesserungen in den Lebensbedingungen bzw. -stilen. Die Bedeutung ökonomischer und sozialer Einflussfaktoren für die Prävention stellte u. a. der Epidemiologe Geoffrey Rose heraus: „*The primary determinants of disease are mainly economic and social, and therefore its remedies must be economic and social.*" *(Rose, G. 1992, S. 29).* Insofern haben außer der (expliziten) Gesundheitspolitik auch weitere Politikfelder eine prinzipielle Bedeutung für die Primärprävention:

- Wirtschafts- und Sozialpolitik, darunter Arbeitsmarktpolitik,
- Bildungspolitik, darunter Schulpolitik,
- Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft,
- Verkehr, Bau- und Wohnungswesen und
- Umweltpolitik.

Eine effektive Primärprävention setzt unter diesen Voraussetzungen einen gemeinsamen Zielhorizont, Konsens über Begriffsinhalte und Strategien sowie eine enge inter- wie intrasektorale Kooperation der Akteure in verschiedenen Lebensbereichen und Politikfeldern voraus.

4.1.2 Interventionsformen der Primärprävention

4.1.2.1 Verhältnisprävention

162. Die Verhältnisprävention zielt auf die Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen als wesentliche Rahmenbedingungen der Gesundheitserhaltung und Krankheitsentstehung. Dabei verändern sich im Zeitablauf sowohl die Lebensverhältnisse als auch das Morbiditäts- und Mortalitätsgeschehen. So standen im ausgehenden 19. Jahrhundert bis in das 20. Jahrhundert hinein die Kontrolle von Infektionskrankheiten und in diesem Zusammenhang u. a. die Wohnverhältnisse und die öffentliche Hygiene im Mittelpunkt von primärpräventiven Interventionen. Mit der Wahrnehmung von potenziell gesundheitsschädlichen Umweltbelastungen gewannen im Verlauf des 20. Jahrhunderts umweltpolitische Aspekte an Bedeutung. Andere Politikfelder mit präventionspolitischer Bedeutung sind der Verbraucherschutz und die Agrarwirtschaft. Die Regulierung dieser Politikfelder durch gesetzliche und untergesetzliche Normen zielt vor allem auf eine gesundheitsdienliche Gestaltung von Lebensverhältnissen. Zur Verhältnisprävention sind weiterhin zahlreiche Maßnahmen des ‚Gesundheitsschutzes' zu rechnen, u. a. in den Bereichen (BZgA 2003b):

- gesundheitlicher Verbraucherschutz (Trinkwasserschutz; Sicherheit von Produkten, u. a. von Lebens- und Arzneimitteln),
- Infektionsschutz, z. B. Meldepflicht für Infektionskrankheiten,
- umweltbezogener Gesundheitsschutz (Immissionsschutz, Strahlenschutz, Anlagensicherheit),
- Arbeitsschutz in Betrieben,
- Verkehrssicherheit,
- Sicherheitspolitik (Prävention von ‚Bioterrorismus').

163. Bei den Regelungen mit präventivem Gehalt im deutschen Verwaltungsrecht überwiegt der Anteil an Verhältnisprävention (Seewald, O. 2002). Die Verhältnisprävention ist daher im Prinzip eine etablierte Interventionsform. Viele Regelungen, Interventionen und Initiativen

[38] Dieser Befund entspricht auch der gesundheitsökonomischen Sicht der ‚Gesundheitsproduktion', nach der die medizinisch-kurative Versorgung lediglich als ein Inputfaktor neben anderen zur Erzielung eines bestimmten Gesundheitsniveaus beiträgt (vgl. Grossmann, M. 2000).

mit Bedeutung für die Primärprävention bewegen sich jedoch außerhalb des traditionellen Aufgabenspektrums der (expliziten) Gesundheitspolitik bzw. explizit gesundheitsbezogenen Präventionspolitik, zumindest soweit diese von Gesundheits- und Sozialministerien verantwortet wird. Weiterhin wurden in Diskussionen über die ‚Verhältnisse', denen Bedeutung für die Primärprävention zukommt, wirtschaftliche und soziale Rahmenbedingungen erörtert, die nach einer verbreiteten Einschätzung in einer vor allem verhaltensorientierten Prävention mitunter vernachlässigt werden. Eine den heutigen ‚Verhältnissen' angepasste Prävention sollte verstärkt offene und verdeckte Anreize, die gesundheitsgefährdendes Verhalten und *‚distress'* begünstigen, in den Blick nehmen.

164. Chancen einer Verbesserung von gesundheitsrelevanten Rahmenbedingungen durch gezielte Interventionen bietet vor allem der Setting-Ansatz[39], der allerdings nicht eindeutig einer bestimmten Interventionsform wie Verhältnis- und Verhaltensprävention oder Gesundheitsförderung zuzuordnen ist, sondern eine Integration der unterschiedlichen Ansätze ermöglicht und erfordert.

4.1.2.2 Verhaltensprävention

165. Entstehung und Verlauf verschiedener chronischer Krankheiten, die das Morbiditäts- und Mortalitätsgeschehen heute weitgehend bestimmen, werden maßgeblich durch individuelle Verhaltens- und Konsummuster beeinflusst. Aus diesem Grund fokussierten präventive Interventionen häufig auf Verhaltensweisen (‚Verhaltensprävention'), wobei sich diese Interventionen allerdings häufig in Informations- und Edukationsmaßnahmen erschöpften. Diese Art der Prävention nimmt oftmals keinen Bezug auf die Entstehungsbedingungen der zu prävenierenden Verhaltens- bzw. Konsummuster und vernachlässigt die Bedeutung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen im jeweiligen Lebenskontext. Die Effektivität zielgruppen- und kontextunabhängiger und auf Risikoinformation und ‚Gesundheitserziehung' reduzierter Interventionen wird daher bezweifelt.

166. Während eine ‚reine' Verhältnisprävention idealtypisch keine lebensstilbezogenen Entscheidungen voraussetzt, weist eine ‚reine' Verhaltensprävention als entgegengesetztes Extrem keinen Bezug zu den Kontext-, Rahmen- und Entstehungsbedingungen individueller Verhaltensweisen auf. Als richtungsweisend erscheinen Zwischenformen jenseits dieser Extreme. Derartige Zwischenformen lassen sich als ‚kontextorientierte Verhaltensprävention' bzw. ‚verhältnisgestützte Verhaltensprävention' bezeichnen. Sie können in ‚Mehr-Ebenen'-Präventionskampagnen zu bestimmten Gesundheitsproblemen, z. B. in einer Anti-Tabak-Kampagne (Gutachten 2000/2001, Band III, Ziffer 62ff.), vor allem aber im Rahmen des ‚Setting-Ansatzes' umgesetzt werden. Da der Setting-Ansatz unterschiedlich weit interpretiert wird, lassen sich Interventionen im Hinblick auf ihren Kontextbezug wie folgt ordnen:

- ‚Reine' Verhaltensprävention ohne expliziten Kontextbezug (z. B. kontextunabhängige Medienkampagnen, Beratungs-, Informations- und Trainingsangebote in Kursen und Gruppen in Einrichtungen der Krankenkassen),
- Kontextorientierte (‚verhältnisgestützte') Verhaltensprävention:
  a) Verhaltensprävention mit einem expliziten Kontextbezug, z. B. Interventionen für präzise definierte Zielgruppen unter Verwendung von Konzepten und Instrumenten des *social marketing* und Beachtung der Rahmenbedingungen des Verhaltens, oder Nutzung eines Settings als Zugangsweg für definierte Zielgruppen (‚Gesundheitsförderung im Setting'),
  b) Integration von Verhältnis- und Verhaltensprävention, z. B. im Rahmen von ‚Mehr-Ebenen'-Kampagnen zu definierten Gesundheitsproblemen, vor allem aber in der Gestaltung von verhaltens- und lebensstilprägenden Settings (‚gesundheitsförderndes Setting') und
- ‚Reine' Verhältnisprävention ohne die Notwendigkeit individueller Entscheidungen über Verhaltens- und Konsummuster (z. B. durch Normierung im Verbraucher- oder Immissionsschutz).

167. Eine weitere Differenzierung knüpft an der Zielpopulation der Intervention an. Dabei kann es sich, z. B. wenn die präventive Leistung im Arzt-Patienten-Verhältnis erbracht wird, um Individuen handeln. Von größerer Relevanz für die präventive Praxis sind Settings wie Schulen, Betriebe und Verwaltungen sowie bevölkerungsbezogene Kampagnen (z. B. Anti-Tabak-Kampagne). Somit lassen sich primärpräventive Interventionen außer nach dem Kriterium des Verhaltenskontextes auch nach den Interventionsebenen Individuum, Setting und Bevölkerung klassifizieren (Tabelle 44).

Ein expliziter Kontextbezug von Interventionen stellt sicher, dass das Lebensumfeld und die Rahmenbedingungen und Anreize des Verhaltens in der Planung und Durchführung von Interventionen berücksichtigt bzw. gezielt gestaltet werden. Auf diese Weise sollen gesundheitsdienliche Verhaltensentscheidungen und eine Habitualisierung entsprechender Verhaltensmuster erleichtert werden.

168. Eine am Krankheitsrisiko ansetzende Klassifizierung primärpräventiver Strategien unterscheidet zwischen risiko- bzw. hochrisikogruppenorientierten und bevölkerungsbezogenen Interventionen. Dabei kann die Auswahl von Risikogruppen z. B. nach den folgenden Kriterien erfolgen (Walter, U. u. Schwartz, F.W. 2003):

- Geschlecht,
- Alter, z. B. Säuglinge, Kinder, Jugendliche, Ältere, Hochbetagte,

[39] Ein Setting ist ein durch formale Organisation, regionale Situation und/oder gleiche Lebenslage und/oder gemeinsame Werte bzw. Präferenzen definierter und den beteiligten Personen subjektiv bewusster sowie dauerhafter Sozialzusammenhang. Von ihm gehen wichtige Impulse auf die Wahrnehmung von Gesundheit, auf Gesundheitsbelastungen und/oder -ressourcen (Einfluss auf die Belastungs-Ressourcen-Bilanz) aus. Bedeutung in der Praxis haben bisher vor allem die Settings Betrieb, Stadt bzw. Stadtteil, Schule und Krankenhaus gewonnen.

Tabelle 44

Interventionsebene, Kontextbezug und Beispiele für verhaltenspräventive Interventionen

Kontextbezug / Interventionsebene	Verhaltensprävention mit Fokus auf Information, Motivation, Beratung ohne verhältnispräventive Elemente	Verhaltensprävention mit Kontextbezug bzw. Weiterentwicklung von Rahmenbedingungen des Verhaltens
Individuum (Mikroebene)	z. B. ärztliche, dabei weitgehend standardisierte Gesundheitsberatung für einen Patienten in der Arztpraxis	z. B. ‚präventiver Hausbesuch' mit Bezug/ Beratung zu individuellen Lebensbedingungen und -stil
Setting (Mikro- bzw. Mesoebene)	z. B. edukative Angebote in Schulen (‚Gesundheitsunterricht') und Informationsangebote in Betrieben ohne klaren Kontextbezug, ‚Gesundheitsförderung im Setting'	z. B. Gesundheitsförderung in Schulen, Betrieben und Verwaltungen u. a. durch Organisationsentwicklung mit partizipativen Elementen, ‚gesundheitsfördernde Settings'
Bevölkerung (Makroebene)	Motivationskampagnen ohne Kontextbezug, z. B. ‚Esst mehr Obst', ‚Rauchen gefährdet die Gesundheit' sowie *social marketing* ohne Beeinflussung von Rahmenbedingungen des Verhaltens	z. B. Anti-Tabak-Kampagne unter Einschluss verhältnispräventiver Maßnahmen (Abbau von Zigarettenautomaten, Nutzung der Tabaksteuer für präventive Zwecke etc.)

Quelle: modifiziert nach Rosenbrock, R. (2004a)

- Lebensphase, z. B. Schwangerschaft, Ubergang in den Ruhestand, nach Verlust des Lebenspartners, Pflege von Angehörigen,
- Bevölkerungsgruppe in einem bestimmten Setting,
- Bevölkerungsgruppe mit spezifisch erhöhten Krankheitsrisiken,
- vulnerable und sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen, z. B. Arbeitslose, Obdachlose und bestimmte Gruppen von Migranten (vgl. Ziglio, E. et al. 2003).

Nach dem ‚Präventionsparadoxon' können Interventionen, die auf große Bevölkerungsgruppen mit geringen individuellen Risiken zielen, wirksamer sein als Strategien, die zunächst Personen mit hohem Risiko identifizieren und sich auf eine eng abgegrenzte Teilpopulation konzentrieren (z. B. Rose, G. 1997; Walter, U. u. Schwartz, F.W. 2003). Bei einer Gegenüberstellung der Idealtypen ‚Bevölkerungsstrategie' und ‚Hochrisikopersonenstrategie' wird u. U. vernachlässigt, dass ein auf Risikogruppen fokussierendes Vorgehen eine sinnvolle Zwischenform innerhalb dieses Spektrums darstellen kann. Aus diesem Grund sollte zwischen einer ‚Risikogruppenstrategie', die Populationen mit einem erhöhten Gesundheitsrisiko identifiziert und damit zugleich Grundlagen für eine zielgruppengerechte Ausgestaltung von Präventionsmaßnahmen legt, und einer ‚Hochrisikopersonenstrategie', die vor allem auf Individuuen mit sehr hohem Erkrankungsrisiko bzw. mit bereits eingetretener Erkrankung fokussiert und z. T. sekundär- bzw. tertiärpräventive Maßnahmen nahelegt, unterschieden werden.

4.1.2.3 Gesundheitsförderung

169. Eine an der Ottawa-Charta der WHO (WHO 1986; vgl. Kickbusch, I. 2003) orientierte Präventionspolitik wird auf mehreren Handlungsfeldern Aktivitäten entfalten, um ihren Zielgruppen bzw. der gesamten Bevölkerung ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und um sie zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen, vor allem bei der

- Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, die sich nicht nur auf das klassische Gesundheitsressort (vor allem Krankenversicherung, öffentlicher Gesundheitsdienst) beschränkt, sondern auch die anderen gesundheitsrelevanten Lebensbereiche berücksichtigt,
- Gestaltung gesundheitsfördernder Lebenswelten (Settings), z. B. durch betriebliche Gesundheitspolitik, ‚gesundheitsfördernde Schulen' und ‚gesunde Städte' (*healthy cities*) sowie gemeindebezogene Initiativen,
- Neuorientierung der Gesundheitsdienste, z. B. Gesundheitsförderung in Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Alten- und Pflegeheimen, und
- Entwicklung persönlicher Kompetenzen und Bildung (*life skills* und unmittelbar gesundheitsrelevante Kompetenz).

Die Handlungsfelder der Gesundheitsförderung nach der Ottawa-Charta[40] umfassen damit Ansätze der Verhältnisprävention sowie den Aspekt der individuellen Handlungsspielräume und -ressourcen. Individuelle Ressourcen

[40] *„Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical, mental and social wellbeing, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment. Health is … seen as a resource for everyday life … Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities."* (WHO 1986).

helfen dabei, konstruktiv mit Belastungen umzugehen, ohne gesundheitsschädigende Verhaltensweisen anzunehmen, und ermöglichen bzw. erleichtern eine der Gesundheit dienliche Lebensgestaltung. In der wissenschaftlichen Literatur werden zahlreiche für die Gesundheitsförderung u. U. relevante, einer quantitativen Erfassung aber unterschiedlich gut zugängliche Gesundheitsressourcen erwähnt (vgl. WHO 1987). In der Gesundheitspsychologie werden Einflussfaktoren, die geeignet sind, die psychische, physische und soziale Gesundheit eines Menschen zu fördern, als Ressourcen bezeichnet (Weber, H. 2002). Dabei lassen sich personale, soziale und materielle Ressourcen unterscheiden.

170. Zu den personalen Ressourcen zählen nach dieser Einteilung neben der physischen Konstitution und damit auch der genetischen Disposition (vgl. Schmidtke, J. 2003) vor allem die generelle ‚Lebenskompetenz' (*life skills*) und Bildung in einem umfassenden Sinne. Dazu gehören die formale Ausbildung, die unmittelbar berufsbezogene Bildung und Erfahrung und die generelle Persönlichkeitsbildung sowie das gesamte verfügbare Repertoire an Strategien zur Lebensgestaltung und zur Bewältigung von widrigen Umständen und Krisen. In der gesundheitspsychologischen Literatur werden darüber hinaus weitere nicht immer trennscharf voneinander abgegrenzte und in ihren Interdependenzen vollständig erforschte Konstrukte und Merkmale als personale Ressource verstanden. Hierunter fallen emotionale Ressourcen wie emotionale Stabilität, Überzeugungen und Erwartungen, z. B. das im salutogenetischen Ansatz betonte ‚Kohärenzerleben' mit den Komponenten der Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit der Lebensumwelt (vgl. Wydler, H. et al. 2002). Zu den personalen Ressourcen werden weiterhin die Kompetenz zur Bewältigung von negativen Emotionen und (Dis-) Stress gerechnet (vgl. Schwarzer, R. et al. 2002, Riekmann, N. 2002; Schumacher, J. 2002; Weber, H. 2002). In diesem Kontext wird auch vermehrt auf die gesundheitsfördernde Wirkung religiöser Glaubenshaltungen, von Weltanschauungen und Wertvorstellungen, die von einem grundlegenden Zukunftsvertrauen getragen werden, hingewiesen (vgl. z. B. Siegrist, J. 2003; Institute of Medicine 2001).

171. Soziale Ressourcen ergeben sich aus der Struktur und Qualität sozialer Beziehungen und Netzwerke. Während soziale Unterstützung eine bedeutende Ressource darstellt, können umgekehrt soziale Isolierung bzw. gestörte Sozialbeziehungen das Krankheitsrisiko erhöhen (Institute of Medicine 2001). Soziale Ressourcen umfassen die psychosoziale Unterstützung in einer Partnerschaft bzw. Familie, am Arbeitsplatz und im Rahmen anderer sozialer Netzwerke, aber auch Aspekte gesellschaftsweiter sozialer Kohäsion. In diesem Zusammenhang ist das Konzept des ‚Sozialkapitals' von Bedeutung (vgl. Trojan, A. u. Legewie, H. 2001; Wallack, L. 2001).

172. Materielle Ressourcen wie Erwerbseinkommen, privates Vermögen und finanzielle Planungssicherheit vermehren die individuellen Optionen einer gesundheitsdienlichen Lebensgestaltung. Insofern hat auch die Entwicklung von Einkommen und Vermögen bzw. die Einkommens- und Vermögensverteilung Bedeutung für die Primärprävention. Staatliche Realtransfers, wie kostenlose oder zu nicht kostendeckenden Preisen bzw. Gebühren angebotene Infrastruktur- und Dienstleistungen im Bildungswesen, bei Verkehrsleistungen oder im Sport können ebenso wie finanzielle Transferleistungen den materiellen Ressourcen zugeordnet werden.

173. Eine andere Klassifikation von ‚Basisressourcen der Gesundheit', die sozialräumliche Einflussfaktoren explizit einbezieht, unterscheidet zwischen physikalisch-biologischen Ressourcen (ausreichende Nahrung, Wohn- und Lebensraum, angemessene sensorische Stimulation, Schutz vor körperlichen Schäden durch Umwelteinflüsse und medizinische Versorgung), psychosozialen Ressourcen (vor allem stabile Interaktion mit den im Lebenszyklus wichtigen Bezugspersonen als Voraussetzung für eine gelingende emotionale und kognitive Entwicklung) sowie sozioökonomischen und soziokulturellen Ressourcen. Zur letztgenannten Kategorie werden das Bildungs- und Gesundheitssystem, der Arbeitsplatz, die Wohnung, das System der sozialen Sicherheit und generell die verfügbaren Chancen zur Persönlichkeitsentfaltung sowie gesellschaftliche Normen und Werte gezählt (Caplan, G. u. Grunebaum, H. 1977; Trojan, A. u. Legewie, H. 2001).

Primärprävention als Risikoreduktion durch Rückgang der Belastungen und Vermehrung von Ressourcen

174. Primärprävention umfasst sowohl die Reduktion von Belastungen als auch die Stärkung von Ressourcen, um individuell und populationsbezogen das Risiko bzw. die Inzidenz einer Erkrankung (oder eines Unfalls) zu senken (Abbildung 4).[41]

Eine unterschiedliche Ausstattung mit personalen, sozialen und materiellen Ressourcen, Unterschiede in der Belastung durch Verhaltens- und Konsummuster, Lebens- und Arbeitsbedingungen führen zu Differenzen in den Gesundheitschancen und im Krankheitsrisiko.[42] Umgekehrt können aus präventionspolitischer Perspektive Interventionen und Regelungen auf den verschiedenen Politikfeldern danach bewertet werden, inwiefern sie die Bilanz von Belastungen bzw. Expositionen einerseits und gesundheitsrelevanten Ressourcen andererseits für die Bevölkerung insgesamt sowie für abgrenzbare Bevölkerungsgruppen über verschiedene Zeithorizonte hin beeinflussen.

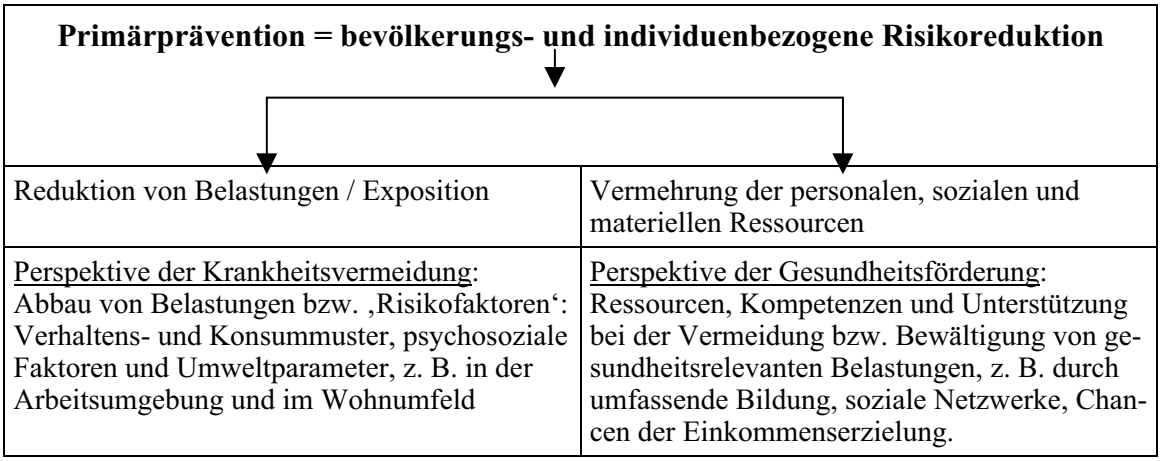
---

[41] Da sowohl Belastungen als auch individuelle Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten in ihrer Wechselwirkung eine Risikosituation prägen und die Wahrsvcheinlichkeit des Auftretens von Krankheiten (und Unfällen) beeinflussen, könnten ‚Risikofaktoren' treffender als ‚Belastungsfaktoren' bzw. ‚Gefährdungsfaktoren' bezeichnet werden.

[42] Die unterschiedliche Ausstattung mit Ressourcen, unterschiedliche Belastungs- bzw. Expositionsmuster und die Unterschiedlichkeit von Lebenslagen beeinflussen nicht nur das Krankheitsrisiko, sondern auch die Möglichkeiten zur Bewältigung von Krankheit und Behinderung. Aus diesem Grund sind Aspekte und Themen der Gesundheitsförderung nicht nur für die Primärprävention, sondern auch für die Sekundär- und Tertiärprävention sowie für die Kuration und Pflege von Bedeutung.

Abbildung 4

Primärprävention als Risikoreduktion



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Rosenbrock, R. u. Gerlinger, Th. 2004

Exkurs: Verhältnis von Prävention und Gesundheitsförderung

175. Für die Prävention und Gesundheitsförderung werden in Deutschland unterschiedliche Terminologien verwendet. So bezeichnen Laaser, U. u. Hurrelmann, K. (1998) „Interventionen, die sich auf die noch gesunde Bevölkerung und auf deren Alltagsleben – d. h. außerhalb des engeren medizinischen Bereichs – richten", als „primordiale Prävention bzw. Gesundheitsförderung". Dagegen verwenden sie den Begriff der Primärprävention für Interventionen, „die sich spezifisch auf Vorbeugung und Früherkennung bestimmter Risikofaktoren etwa des erhöhten Blutdrucks beziehen." (S. 397). Glaeske, G. et al. (2003) hingegen sehen in „Prävention und Gesundheitsförderung … zwei unterschiedliche Ansätze, die dasselbe Ziel anstreben: Das gesundheitliche Wohlbefinden der Gesamtbevölkerung soll gesteigert und Krankheiten sollen verhindert werden." (S. 8). Unterschiede zwischen Gesundheitsförderung und Prävention sehen sie bei „ihren Ansatzpunkten und ihrer Zielrichtung: Prävention nimmt ihren Ausgangspunkt bei spezifischen Krankheiten und hat das Ziel, die Risiken für diese Krankheit zu minimieren. Zielgruppen sind Erkrankte und Risikoträger. Gesundheitsförderung hingegen zielt nicht auf Risiken, sondern auf die Ressourcen für die Gesunderhaltung oder Gesundung. Gesundheitsförderung hat das Ziel, personale und soziale Ressourcen zu stärken und Handlungsspielräume zu erweitern, um damit zur Gesunderhaltung und zum Wohlbefinden beizutragen. Gesundheitsförderung ist thematisch breiter angelegt als Prävention und will Individuen und soziale Gruppen befähigen, die personalen, sozioökonomischen und Umweltdeterminanten positiv für die Gesundheit zu beeinflussen." (S. 8). Für die Praxis sind diese Unterscheidungen, die sich letzlich auf unterschiedliche Definitionen des Begriffs ‚Risiko' und des Konzepts ‚Risikoträger' zurückführen lassen, von minderer Bedeutung. Einigkeit besteht darüber, dass Prävention und Gesundheitsförderung die gleichen Ziele anstreben (‚Gesundheit und Wohlbefinden'), wobei sich Prävention eher auf spezifizierbare Gefährdungen und Belastungen, Gesundheitsförderung eher auf die Vermehrung bzw. Verstärkung von protektiven bzw. die Bewältigung von ermöglichenden/erleichternden Ressourcen bezieht.[43] In der Praxis werden darüber hinaus sowohl beim individuellen als auch beim Setting- und Bevölkerungsansatz in aller Regel Maßnahmen der Belastungssenkung mit solchen der Ressourcenförderung kombiniert. Ein Grund zur Aufrechterhaltung der Unterscheidung zwischen Gesundheitsförderung und Prävention wird vor allem darin gesehen, dass andernfalls die ressourcenstärkenden Aspekte aus dem Blick geraten könnten (vgl. Glaeske, G. et al. 2003).

[43] Unstrittig ist auch, dass der Ressourcenvermehrung, d. h. dem zentralen Anliegen der Gesundheitsförderung, nicht nur in der Prävention, sondern ebenso in der Kuration, Rehabilitation und Pflege eine wichtige Rolle zukommt.

4.1.2.4 Medizinische Leistungen der Primärprävention

176. Der Primärprävention von Krankheiten dienen auch medizinische Leistungen, im Rahmen der GKV vor allem die ‚medizinischen Vorsorgeleistungen' und Schutzimpfungen.

Ambulante und stationäre Vorsorgeleistungen

177. Bei ‚medizinischen Vorsorgeleistungen' der GKV (§ 23 SGB V) handelt es sich um ärztliche Behandlung sowie die Versorgung u. a. mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, um

Exkurs: Primärprävention im Leistungsspektrum der GKV

Aus der Weite und Komplexität des Themenfeldes ‚Primärprävention' ergibt sich, dass nur ein Teil der anstehenden Aufgaben im Rahmen der GKV bewältigt werden kann. Die Aufgaben der Krankenkassen in der Prävention wurden im Verlauf der Geschichte der GKV unterschiedlich bestimmt (Walter, U. u. Schwartz, F.W. 2002). Das Aufgabenspektrum der Krankenkassen wird zur Zeit in §§ 20-24 SGB V abgegrenzt. Zu den primärpräventiven Leistungen, auf die Versicherte der GKV einen Rechtsanspruch haben, gehören neben den in der Satzung von Krankenkassen nach § 20 SGB V festgelegten Leistungen und der Zahnprophylaxe nach § 21 und § 22 SGB V auch ‚medizinische Vorsorgeleistungen' (§ 23 und § 24 SGB V).

Primärprävention und Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V

178. Mit dem Gesundheits-Reform-Gesetz (GRG) wurde der GKV erstmals 1988 in § 20 SGB V das Recht eingeräumt, Maßnahmen der Gesundheitsförderung durchzuführen. Entsprechende Angebote wurden z. T. zu Zwecken des Marketing im Rahmen des 1993 etablierten Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen eingesetzt; 1996 wurde der Spielraum der Krankenkassen wieder beschnitten. Die Krankenkassen konnten aber weiterhin Modellvorhaben zur Verhütung von Krankheiten initiieren. Seit dem Anfang 2000 in Kraft getretenen Gesundheitsreformgesetz sieht § 20 SGB V Leistungen zur primären Prävention vor, die „den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen." Als Interventionsfeld ausdrücklich erwähnt wird außerdem die betriebliche Gesundheitsförderung. § 20 SGB V enthält neben

- der Verpflichtung der Krankenkassen, sich prinzipiell in der Primärprävention zu engagieren und entsprechende Leistungen in ihrer Satzung vorzusehen,
- der Zielvorgabe, Unterschiede in der Verteilung von Gesundheitschancen zu berücksichtigen und nach Möglichkeit zu kompensieren,
- dem Auftrag an die Spitzenverbände der Krankenkassen, prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für primärpräventive Leistungen zu beschließen, und
- der Ermächtigung zu Interventionen im Setting Betrieb

eine Budgetierung der Ausgaben für diese Aufgaben auf 2,56 € je Versicherten im Jahr 2000. Eine Anpassung des Betrags in den Folgejahren an die Entwicklung der Bezugsgröße für die Sozialversicherung (§ 18 SGB IV) ist in § 20 SGB V vorgesehen. Zudem sollen Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen gefördert werden, die sich die Prävention oder Rehabilitation bestimmter Krankheiten zum Ziel gesetzt haben (vgl. Robert Koch-Institut 2004). Die entsprechenden Ausgaben sind ebenfalls budgetiert und betrugen im Jahr 2000 maximal 0,51 € je Versicherten. Da es sich bei Aktivitäten nach § 20 SGB V um Satzungsleistungen der Krankenkassen handelt, ergeben sich aus dem Text des SGB V keine konkreten Leistungsansprüche der Versicherten (Fastabend, K. u. Schneider, E. 2004).

Die in § 20 SGB V festgesetzten Beträge erscheinen in Relation zu den zu bewältigenden Problemen als niedrig und legen Kooperationen der Krankenkassen mit anderen Finanzierungsträgern nahe.

Kontextbezug primärpräventiver Leistungen der Krankenkassen

179. Die nach §§ 20–24 SGB V angebotenen Leistungen sind tendenziell der Verhaltensprävention und einer ressourcenstärkenden Gesundheitsförderung zuzurechnen. Sie setzen überwiegend am Individuum an und zielen nicht primär auf Rahmenbedingungen des gesundheitlich relevanten Verhaltens. Probleme des Verhaltenskontextes können allerdings z. B. in die Indikationsstellung für eine ambulante an Stelle einer stationären Vorsorgemaßnahme eingehen. Weiterhin weisen Interventionen der GKV nach § 20 SGB V vermehrt einen Kontextbezug auf, wenn sie dem Setting-Ansatz folgen. Dabei muss die Aufgabenstellung der GKV jedoch von den Aufgaben anderer Finanzierungsträger abgegrenzt werden.

– eine Schwächung der Gesundheit, die voraussichtlich zu einer Krankheit führt, zu beseitigen,

– einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken,

– Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder

– Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

180. Sofern diese Leistungen ihr Ziel nicht erreichen, kann die Krankenkasse erforderliche ambulante Vorsorgeleistungen in Kurorten durchführen lassen. Die Anerkennung von Kurorten erfolgt auf der Grundlage des Landesrechts und beruht auf bestimmten örtlichen Gegebenheiten, z. B. der Existenz von Heilquellen oder besonderen klimatischen Verhältnissen. Kuren beinhalten i. d. R. ärztliche Behandlung, die Versorgung mit Heilmitteln und Schulungsangebote wie Ernährungsberatung und Raucherentwöhnung. Die Anbindung ambulanter Vorsorgemaßnahmen an anerkannte Kurorte ist angesichts der Notwendigkeit, Kontextbedingungen des Verhaltens und damit die Lebensumstände der Versicherten in der Primärprävention zu berücksichtigen, nur insoweit begründet, als Evidenz für die höhere Effektivität der jeweiligen Angebote vorliegt bzw. erarbeitet wird.

181. Stationäre Vorsorgeleistungen entsprechen ihrer Art nach Leistungen der stationären Rehabilitation und werden in nach § 111 SGB V zugelassenen Einrichtungen erbracht. Die gesetzlichen Bestimmungen für die Zulassung von Leistungserbringern befassen sich lediglich mit der stationären Rehabilitation, obwohl laut § 40 Abs. 1 SGB V die ambulante Rehabilitation der Regelfall sein sollte (Fastabend, K. u. Schneider, E. 2004). Stationäre Rehabilitationsleistungen werden auch deshalb in Anspruch genommen, weil das Angebot an wohnortnahen ambulanten Leistungen Lücken aufweist (vgl. Gutachten 2003, Band II, Ziffer 597 ff.).

182. Krankenkassen können auch in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder gleichartigen Einrichtungen Vorsorgeleistungen anbieten (§ 24 SGB V). Diese Leistungen werden stationär erbracht und umfassen z. B. ärztliche Behandlung und die Versorgung mit Heilmitteln, psychotherapeutische Betreuung und Gesundheitsberatung. Voraussetzung für die Leistungsgewährung ist, unabhängig vom ambulanten Versorgungsangebot am Wohnort, allein die Gefährdung des Gesundheitszustands (Fastabend, K. u. Schneider, E. 2004).

183. Vorsorgemaßnahmen bzw. Kuren haben eine sehr lange, bis in die Antike zurückreichende Tradition. Die Effektivität und Effizienz medizinischer Vorsorgemaßnahmen ist allerdings, vor allem aufgrund eines Mangels an Untersuchungen mit überzeugendem Studiendesign, z. T. schwierig zu beurteilen. Ergebnisse, die eine Wirksamkeit von Kuren belegen, liegen aber vor (Klick, J. u. Stratmann, Th. 2004).

Impfleistungen

184. Schutzimpfungen sind keine Regelleistung der GKV. Versicherte haben nur dann Anspruch auf eine Schutzimpfung, wenn dieser in der Satzung der Krankenkasse vorgesehen ist (§ 23 Abs. 9 SGB V). Dabei ist der Spielraum der Krankenkassen eingeschränkt. Sie dürfen z. B. keine Impfleistungen anbieten, die der Vorbereitung einer privaten Urlaubsreise dienen. Andererseits kann das BMGS die GKV nach § 21 Infektionsschutzgesetz zur Übernahme von Impfleistungen verpflichten. Bisher wurde diese Regelung nicht angewandt (Fastabend, K. u. Schneider, E. 2004).

185. Impfempfehlungen der WHO und der Ständigen Impfkommission (STIKO) werden in Deutschland nur unvollständig umgesetzt. Vorliegende Daten deuten auf eine Unterversorgung mit Impfleistungen z. B. bei Influenza hin (vgl. Robert Koch-Institut 2000; Gutachten 2000/2001, Band I, Ziffer 145 ff., 194 und 276; Beske, F. u. Ralfs, D. 2003).

Exkurs: Prävention neuer und wieder neu auftretender übertragbarer Krankheiten

Grundlagen

186. Seit den grundlegenden Arbeiten von Robert Koch und Louis Pasteur konnten im 19. und 20. Jahrhundert erhebliche Erfolge in der Kontrolle von übertragbaren Krankheiten erzielt werden. Im Verlauf des 20. Jahrhunderts wurden in den industrialisierten Ländern viele Infektionskrankheiten durch verbesserte allgemeine Lebensbedingungen, Hygiene sowie den medizinischen Fortschritt zurückgedrängt. Nach Einführung des Penicillins und der flächendeckenden Schutzimpfungen nach dem Zweiten Weltkrieg schien der Sieg des Menschen über die Infektionskrankheiten absehbar, was einen Perspektivwechsel von Wissenschaft und Politik auf die Gefahr chronischer Krankheiten auslöste (Garret, L. 1994). Die eindrucksvollen Erfolge der Impfprogramme erreichten mit der Ausrottung der Pocken 1977 ihren Höhepunkt. Mit dem nachlassenden Interesse an übertragbaren Krankheiten blieb jedoch unbeachtet, dass der Erfolg dieser Maßnahmen auf die industrialisierten Länder beschränkt blieb. So verloren zwar z. B. Masern und Kinderlähmung in Europa durch Massenimpfungen innerhalb kurzer Zeit ihren Schrecken, in Afrika gehören die Masern aber weiterhin zu den Haupttodesursachen von Kindern, während sich die Kinderlähmung in Asien und Afrika Eradikationsversuchen weiterhin erfolgreich widersetzt. Auch die Malaria verschwand zwar aus Europa und Nordamerika, entwickelte sich aber zur Haupttodesursache der Kinder in tropischen Entwicklungsländern und neben der Tuberkulose zu einer der häufigsten Todesursachen weltweit. Während Infektionskrankheiten in der industrialisierten Welt nur noch für 1 % aller Todesfälle verantwortlich sind, beträgt ihr Anteil in den Entwicklungsländern weiterhin über 40 % (Kurth, R. 2004).

Erst das Auftreten und die schnelle weltweite Ausbreitung von HIV/AIDS und die damit verbundene Rückkehr der Tuberkulose in die Industrieländer ließ die Gefahr der übertragbaren Krankheiten zurück ins Rampenlicht rücken (Rosenbrock, R. et al. 2000). Seitdem konnten in der Prävention und Behandlung von HIV/AIDS Erfolge erzielt werden; die aber weiterhin bestehende Verwundbarkeit der industrialisierten Welt gegenüber übertragbaren Krankheiten wurde durch den Ausbruch der Rinderseuche BSE, die weltweite SARS-Epidemie und die zunehmende Resistenzentwicklung gegenüber bewährten Antibiotika bestätigt. Somit stellen mit der zusätzlichen Gefahr eines Terroranschlags mit biologischen Waffen sowie einer möglicherweise bevorstehenden Vogelgrippe-Pandemie neue und wieder neu auftretende übertragbare Krankheiten eine große Herausforderung für die Medizin und Gesundheitspolitik des 21. Jahrhunderts dar.

Zu den Prototypen für neue Erreger, die erst in den letzten 30 Jahren entdeckt wurden, zählen neben dem HI-Virus auch Legionella pneumophila-Bakterien (Legionärskrankheit), Ebola- und Marburgvirus und die neue Variante der tödlichen Creutzfeld-Jakob-Krankheit (nvCJK), die nach derzeitigem Wissensstand von Rindern mit BSE auf den Menschen übergeht. Das Schwere Akute Respiratorische Syndrom (SARS), das durch ein bisher unbekanntes Corona-Virus hervorgerufen wird, infizierte 2003 innerhalb kürzester Zeit 8400 Menschen in 30 Ländern, wovon über 900 verstarben. Auch wenn SARS durch eine beispiellose globale Kooperation unter kompetenter Koordination der WHO unter Kontrolle gebracht wurde, so muss auch beim SARS-Virus davon ausgegangen werden, dass es sich wie HIV von einem tierischen Wirt erfolgreich an den Menschen anpassen konnte. Grippeviren können die Speziesbarriere zum Menschen sogar direkt überspringen, wie das Auftreten der so genannten Vogelgrippe zeigt, die Anfang 2004 durch das H5N1-Virus in Asien hervorgerufen wurde und zu 28 Todesfällen führte. Nach bisherigen Erfahrungen werden Vogelgrippeviren aufgrund großer Unterschiede im Erbmaterial zum menschlichen Grippevirus nicht effektiv, wenn überhaupt, von Mensch zu Mensch übertragen. Es besteht aber die grundsätzliche Gefahr, dass eine gleichzeitige Infektion mit Menschen- und Vogelgrippe zu Veränderungen im Erbgut der Vogelgrippe führt, die eine effektive Übertragung des Virus von Mensch zu Mensch ermöglichen könnten. Eine derartige Mutation würde ggf. einer weltumspannenden Epidemie (Pandemie) den Boden bereiten, deren Auswirkungen die der Spanischen Grippe, der zwischen 1918 und 1920 weltweit bis zu 40 Millionen Menschen zum Opfer fielen, noch übertreffen könnten.

Globalisierung und technologischer Fortschritt fördern die Ausbreitung übertragbarer Krankheiten, da sie den Kontakt pathogener Keime und Viren mit Bevölkerungsteilen ohne oder mit nur geringer spezifischer Immunität fördern. So führen globale Migration, geschäftliche und private Reisetätigkeit sowie der weltumspannende Güterverkehr neue Krankheitserreger und seine Träger potenziell auch aus abgelegenen Regionen der Erde nach Deutschland.

Prävention und Kontrolle

187. Die Gefahr übertragbarer Krankheiten kann nur mit einem mehrdimensionalen Ansatz gebannt werden. Im Zentrum der Präventions- und Kontrollstrategien steht das Verhalten des Einzelnen und seine individuellen Infektionsschutzmaßnahmen. Die Öffentlichkeit und besonders die in der Gesundheitsversorgung Tätigen sollen durch moderne Instrumentarien und relevante Informationen in der Abwehr übertragbarer Krankheiten unterstützt und zu positiven Verhaltensänderungen animiert werden. Voraussetzungen für effektive Präventions- und Kontrollmaßnahmen beinhalten:

– ein System zur Überwachung und Kontrolle übertragbarer Krankheiten (*Surveillance*),

– die anwendungsgerechte Integration klinischer, labortechnischer und epidemiologischer Forschung,

– eine effektive Struktur des öffentlichen Gesundheitswesens.

Moderne Labortechnik und wissenschaftliche Erkenntnisse sind wertlos, wenn die Betroffenen nicht individuell zu einem Verhalten animiert werden können, das die Übertragung von Krankheiten minimiert und den Erfolg medizinischer Interventionen steigert. Z. B. gibt es für HIV/ AIDS weder Impfstoff noch Heilung, dennoch kann eine Infektion vom Einzelnen leicht verhindert werden. Wie schwer es ist, individuelles Verhalten nachhaltig zu beeinflussen, lässt sich am Ausmaß und der weiterhin zunehmenden Verbreitung der HIV/AIDS-Pandemie erahnen. Die steigende Antibiotikaresistenz z. B. gegenüber bakteriellen Pneumonien ist in erster Linie durch das Verhalten von verschreibenden Ärzten und von Patienten bedingt. So stellt die Überverordnung in Verbindung mit der nicht regelgerechten Einnahme von Antibiotika die Hauptursache für die Resistenzentwicklung dar. Daher muss eine erfolgreiche Präventionsstrategie übertragbarer Krankheiten von Mikrobiologen, Infektiologen, anderen klinischen und Grundlagenforschern gemeinsam mit Verhaltenswissenschaftlern interdisziplinär erarbeitet werden.

Surveillance

188. Der Begriff der *Surveillance* geht über die regionale und zeitliche Erfassung von Krankheiten hinaus. Vielmehr wird angestrebt, mit den Analysen so gewonnener Daten zu einer effizienten und effektiven Steuerung der Prävention und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beizutragen.

Übertragbare Krankheiten können sich schnell weit ausbreiten. Das medizinische Versorgungs- und Vorsorgesystem kann dieser Schnelligkeit nur mit dem Vorhalten von Ressourcen zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten begegnen. Um die hierfür benötigten Mittel effizient zu nutzen, ist es erforderlich, eine möglichst geringe Vorhalteausstattung flexibel und zielgerichtet einsetzen zu können. Hierfür werden schnelle, spezifische und relevante Informationen benötigt, die nur durch eine funktionierende *Surveillance* bereitgestellt werden können. Dabei ist die Qualität und Vergleichbarkeit der Daten auf lokaler, nationaler und globaler Ebene von großer Bedeutung. Ein klassisches vertikales Meldesystem allein ist problematisch, da es sich um ein passives Erhebungssystem handelt, an dem insbesondere die Personen Ausgangspunkt der Meldungen sind, die nur ein partielles oder indirektes Interesse an den durch die Meldung möglichen Analysen haben. Die Meldung erreicht die zentrale analytische Ebene erst spät, der dadurch oft interventionsrelevante Informationen fehlen. Ein Surveillancesystem muss aktive Komponenten enthalten, die eine Analyse der gesammelten Daten und schnelle Reaktionen auf dezentraler Ebene ermöglichen. Hierzu gehört auch die Evaluierung der durchgeführten Maßnahmen, um deren Qualität, aber auch die des Surveillancesystems in Zukunft verbessern zu können.

In Deutschland haben sich die Rahmenbedingungen durch das Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) 2001 erheblich verbessert. So liegen erstmalig auf Bundesebene Einzelfallmeldungen nach einheitlichen Falldefinitionen vor. Ebenso ist nun gewährleistet, dass erstmalig auftretende Krankheiten sowie solche, die durch Häufung oder einen aggressiven Krankheitsverlauf auffallen und nicht im IfSG erfasst sind, ohne Gesetzesänderung zeitnah gemeldet werden können. Eine wichtige Neuerung umfasst die Einführung eines aktiven Krankheitserhebungsverfahren („Sentinel“). Hierbei werden durch die stichprobenartige Erfassung aus freiwilllig teilnehmenden Einrichtungen der Gesundheitsversorgung Daten zu Erregern und Krankheiten, die im Rahmen ihrer normalen Tätigkeit anfallen, bereitgestellt. Hierdurch können umfassendere und komplexere Informationen als durch das klassische Meldesystem erhoben werden. Ebenso sind die Meldewege kurz, die Qualitätskontrolle der Erhebungsdaten möglich und das ‚*underreporting*‘ durch die freiwillige Teilnahme gering.

Der Aufbau internationaler Surveillancesysteme stellt einen der Schwerpunkte der europäischen Gesundheitspolitik dar. So wurde in den letzten Jahren ein europaweites Netz für die epidemiologische Überwachung und Kontrolle übertragbarer Krankheiten geschaffen, das auf den Pfeilern Überwachung und Frühwarnung beruht (EUPHIN-HSSCD). Zur besseren Vergleichbarkeit der Daten aus den verschiedenen Mitgliedsstaaten wurden 2002 von der Europäischen Kommission Falldefinitionen für die Meldung übertragbarer Krankheiten an das Gemeinschaftsnetz festgelegt (Entscheidung 2002/253/EG). Die Ausbreitung des SARS-Virus führte der EU das Problem vor Augen, dass zwar ein System für die Überwachung der Ausbreitung des Virus zur Verfügung stand, nicht aber ein Mechanismus für die Beratung, geschweige denn die Entscheidungsfindung über EU-weite Maßnahmen zur Eindämmung der Seuche. Diese Aufgabe soll nun das Europäische Zentrum für die Prävention und Bekämpfung von Seuchen (ECDC) übernehmen, das im Mai 2005 in Stockholm seine Arbeit aufnimmt. Seine Aufgaben bestehen in der Betreuung der europäischen Netze für übertragbare Krankheiten, der Koordination von Frühwarnung und Reaktion, wissenschaftlicher Beratung, technischer Hilfe für Drittländer und internationale Organisationen sowie der Bereitstellung von objektiven, zuverlässigen und leicht zugänglichen Informationen (Entscheidung 2004/851/EG).

Angewandte Forschung

189. Eine nachhaltige zukunftsgewandte Forschung muss an den Schwachstellen der Krankheitserreger ansetzen, neuartige Wege zur Identifizierung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten aufzeigen, ggf. neue Präventionsstrategien entwickeln, ihre Umsetzung begleiten und ihre Effekte evaluieren. Für die Kontrolle neu auftretender übertragbarer Krankheiten und zur Bekämpfung von Epidemien ist daher eine enge Verzahnung von klinischer, labortechnischer und epidemiologischer Forschung unerlässlich.

Darüber hinaus hat sich in den letzten Jahren zunehmend herausgestellt, dass eine Zahl von chronischen Krankheiten nicht nur durch Verhaltens- und Umweltfaktoren sondern auch durch Infektionen hervorgerufen werden können. Viele Magen- und Dünndarmgeschwüre werden nicht wie zunächst angenommen durch Stress und scharfes Essen, sondern durch das Bakterium Helicobacter pylori verursacht. Gebärmutterhalskrebs geht mit lokaler Infektion durch Papillomaviren einher, chronische Lebererkrankungen und Leberkrebs mit Hepatitis B- und C-Viren, koronare Herzerkrankungen können mit chronischen Infektionen in Verbindung stehen. Insofernbesteht die Möglichkeit, dass einige wichtige Ursachen von Tod und Krankheit in Europa bis zu einem gewissen Grad infektiös bedingt sind.

Gesundheitsinfrastruktur

190. Für die Aufrechterhaltung von Surveillance, Forschung und Präventionsprogrammen gegen übertragbare Krankheiten bei gleichzeitiger Vorbereitung auf das Unvorhergesehene wird eine effiziente Infrastruktur des Gesundheitswesens benötigt. Neben modernen Laboratorien wird gut ausgebildetes und ausgestattetes Personal benötigt, das so vielseitige Aufgaben wie Krankheitsberichterstattung, Erregeridentifizierung, Gaststätteninspektion, Trinkwasseranalysen, Impfkampagnen und Öffentlichkeitsarbeit erfüllen kann. Laborforscher brauchen Fortbildungen zu neuen

diagnostischen Testverfahren und dem Umgang mit gefährlichen Proben und neuen Hilfsmitteln und -techniken. Wissenschaftler müssen durch Kommunikationstechnologien national und global vernetzt werden; eine effektive nationale und internationale Koordination muss gewährleistet werden.

In Deutschland wurde die hierfür erforderliche Kapazität seit Anfang der 1990er Jahre zunehmend aufgebaut. So wurde am Berliner Robert Koch-Institut, das durch das Infektionsschutzgesetz als epidemiologisches Zentrum institutionalisiert wurde, eine Abteilung für Infektionsepidemiologie eingerichtet. Durch ein Trainingsprogramm für angewandte Infektionsepidemiologie und Kurse für den Öffentlichen Gesundheitsdienst soll die diesbezügliche Kompetenz in Gesundheitsämtern weiter gesteigert werden. Unter Koordination des RKI wurde in Zusammenarbeit mit Vertretern verschiedener Einrichtungen, die in Bund, Ländern und Kommunen wesentliche Aufgaben im Seuchenschutz wahrnehmen, ein nationales Konzept für die Versorgung, Diagnostik und Behandlung von Patienten mit besonders ansteckenden Krankheiten erarbeitet, das gleichzeitig der Behandlung des Betroffenen wie der Vermeidung der Weiterverbreitung der Infektion dienen soll. Es regelt auch den Informationsfluss auf nationaler und internationaler Ebene. Dennoch ist eine weitere Förderung der epidemiologischen Expertise, der Laborkapazität und der Koordinationskompetenz von Kontrollmaßnahmen nötig, wenn in Zukunft ein hoher Standard der *Surveillance*, Prävention und Kontrolle von Infektionskrankheiten sichergestellt werden soll (vgl. Bundesgesundheitsblatt 2000, CDC 1998, Hellenbrand, W. 2003, Satcher, D. 1995, WHO 2004a, Wilson, M.E. 1995).

4.2 Verteilung von Gesundheitschancen und Primärprävention

4.2.1 Sozioökonomische Einflussfaktoren auf die Verteilung von Gesundheitschancen

191. Unterschiede in der Morbidität und Mortalität zwischen sozialen Schichten sind nachweisbar (Kapitel 3).[44] Die Zusammenhänge zwischen dem sozioökonomischen Status, gemessen mit Hilfe der Indikatoren Bildung, Beruf und Einkommen, und dem Gesundheitsstatus wurden zwar vor allem seit dem 1982 in Großbritannien publizierten Black Report intensiv erörtert, sind bisher aber nur im Ansatz erklärt. In einem Editorial des New England Journal of Medicine (1993) wurde die Problematik pointiert bewertet: „*Despite the importance of socioeconomic status to health, no one quite knows how it operates. It is perhaps the most mysterious of the determinants of health. Income, education, and profession are not likely to influence health directly. Instead, these factors are certainly proxies to other variables that have a direct impact on health.*“ (Zitat nach Helmert, U. et al. 2000). Theoretische Erklärungen für die Entstehung sozialschichtspezifischer Unterschiede und für ihre Entwicklung im Zeitverlauf, die auch die relative Bedeutung einzelner Einflussfaktoren erklären und die Planung von Interventionen unterstützen, sind immer noch lückenhaft bzw. erscheinen als nicht hinreichend empirisch gesichert.[45]

192. Unterschiedliche Gesundheitschancen[46] lassen sich zumindest partiell auf Unterschiede in der Verteilung von Gesundheitsbelastungen und gesundheitsrelevanten Ressourcen zurückführen. Von Bedeutung sind u. a. diverse Umwelteinfüsse (Arbeits- und Wohnbedingungen, natürliche Umwelt, Entwicklungsbedingungen im Kindes- und Jugendalter), personale Ressourcen (u. a. physische und psychische Konstitution, Bildung und Verhaltensspielräume), soziale Ressourcen (soziale Unterstützung, soziale Netzwerke) und materielle Ressourcen (Einkommen, Vermögen und finanzielle Planungssicherheit), individuelle und sozial vermittelte Verhaltensweisen, Konsummuster und Lebensstile. Aus der großen Bandbreite bekannter und denkbarer Einflussfaktoren auf den Gesundheitsstatus ergibt sich eine Vielzahl von Konstellationen aus Belastungsfaktoren und Ressourcenausstattungen. Die Bilanz von Ressourcen und Belastungsfaktoren variiert aber nicht nur zwischen Individuen mit ihren unterschiedlichen Voraussetzungen und Lebensstilen, sondern weist auch mit sozioökonomischen Statusdifferenzen assoziierte Verteilungsmuster auf.

193. Angehörige statusniedrigerer sozialer Schichten sind tendenziell mehr Belastungen z. B. durch psychosoziale Faktoren und Umweltfaktoren ausgesetzt, weisen überproportional häufig der Gesundheit abträgliche Verhaltensweisen auf und verfügen zugleich über weniger

[44] Aus diesem Grund wird das ‚Schichtenmodell‘ der Gesellschaft trotz zu beobachtender Statusinkonsistenzen, der ‚Individualisierung‘ und Diversifizierung von Lebenslagen und -stilen (Beck, U. 1986) sowie neuerer Ansätze in der Sozialstrukturforschung, die soziale Lagen, Milieus und Lebensstile differenziert abbilden, als für die Präventionspolitik relevant erachtet (vgl. Sperling, S. u. Mielck, A. 2000).

[45] Fuchs, V.R. 2004; Helmert, U. et al. 2000; Institute of Medicine 2001; LÆGD 2003; Macinko, J.A. u. Starfield, B. 2002; Mielck, A. 2000; Mielck, A. u. Bloomfield, K. 2001; Siegrist, J. 2004; Siegrist, J. u. Marmot, M. 2004; Smedley, B.D. u. Syme, S.L. 2001; Wilkinson, R. u. Marmot, M. 2003.

[46] Der Begriff der ‚Gesundheitschancen‘ wird u. a. im SGB V und in Publikationen zur Sozialepidemiologie und Prävention verwendet. Analog wird im Hinblick auf die Bildung von ‚Bildungschancen‘ gesprochen. Der Begriff betont, mehr als die Termini ‚Gesundheitsstatus‘ und ‚Gesundheitskapital‘ (vgl. Grossmann, M. 2000), den Risikoaspekt, d. h. die Wahrscheinlichkeit von Krankheiten bzw. Unfällen. Diese wird z. T. durch individuelle bzw. sozial vermittelte Konsum- und Verhaltensweisen, z. T. auch durch nicht verhaltensbezogene Risiken (Immissionen, Belastung durch Lärm, unverschuldete Unfälle in der Arbeitswelt und im Verkehr etc.) beeinflusst. Der Begriff ‚Gesundheitschancen‘ bringt den Charakter der Präventionspolitik als ‚bevölkerungsbezogenes Management von Gesundheitsrisiken‘ stärker zum Ausdruck.

Ressourcen bzw. Bewältigungsstrategien als Angehörige statushöherer Sozialschichten. Vor diesem Hintergrund erscheint eine Reduktion des Problems ‚sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen' auf einzelne kausale Ursachen als inadäquat. Realitätsnäher ist die Annahme einer Vielzahl möglicher Wirkungskanäle, die in ihrem Zusammenspiel zu einer Ungleichverteilung von Gesundheitschancen führen. Dieser Erklärungsansatz wird in einer Bestandsaufnahme des Institute of Medicine (Smedley, B.D. u. Syme, S.L. 2001) im Hinblick auf die USA wie folgt beschrieben: *„What is most striking and important here is to recognize that socioeconomic and racial/ethnic status shape and operate through a very broad range of pathways and mechanisms, including almost all known major psychosocial and behavioral risk factors for health*." „*Socioeconomic … disparities in health are the product of a broad and complex system of social stratification that will continue to structure the experience of and exposure to virtually all behavioral and psychosocial risk factors to health, hence producing large, persistent, and even increasing socio-economic … disparities in health*." (House, J.S. u. Williams, D.R. 2001, S. 83, 115).

194. Eine differenzierende Klärung der relativen Bedeutung einzelner Indikatoren des Sozialstatus, von Interdependenzen zwischen unterschiedlichen Einflussfaktoren sowie von Variationen der Wirkungszusammenhänge im Zeitverlauf ist wünschenswert, wird aber noch weiterer Forschung bedürfen. Dennoch liegen Forschungsergebnisse zu einzelnen Determinanten des Gesundheitszustands vor. In den USA kommt nach diesen Ergebnissen den Sozialindikatoren Bildung und Einkommen die höchste Vorhersagekraft im Hinblick auf den Gesundheitszustand zu, während die Art der Erwerbstätigkeit und das private Vermögen einen geringeren Einfluss ausüben (House, J.S. u. Williams, D.R. 2001). Zur Komplexität der sozial vermittelten Verteilung von Gesundheitschancen trägt bei, dass es sich nicht nur um ein intrageneratives, sondern auch ein intergeneratives Problem handelt. So zeigen sozialepidemiologische Ergebnisse einen Einfluss der sozioökonomischen Position von Eltern auf die gesundheitliche Entwicklung ihrer Kinder. Generell ist nicht nur die Ressourcen-Belastungs-Bilanz zu einem bestimmten Zeitpunkt, sondern ihre Entwicklung über die gesamte Lebensspanne hinweg von Bedeutung (Graham, H. u. Power, C. 2004; Lynch, J.W. et al. 1997; Siegrist, J. 2004).

195. Die Beziehung zwischen Sozial- und Gesundheitsstatus wurde über sämtliche soziale Schichten hinweg beobachtet. Es handelt sich um einen kontinuierlichen Zusammenhang, nicht um ein aus der besonderen Belastung oder Ressourcenknappheit nur einer einzelnen, gut abgrenzbaren Sozialschicht oder Bevölkerungsgruppe heraus erklärbares Phänomen. Nicht abschließend beantwortet ist allerdings die Frage, ob es sich bei dem sozialen Gradienten um eine lineare oder, aufgrund abnehmender Grenzerträge eines höheren sozioökonomischen Status bzw. von verfügbaren Ressourcen, insbesondere des Sozialindikators Einkommen, um eine ‚kurvilineare' Beziehung handelt (vgl. House, J.S. u. Williams, D.R. 2001; Siegrist, J. 2004).[47]

196. Aus der Hypothese eines ‚kurvilinearen' Zusammenhangs zwischen dem Einkommen und dem Gesundheitsstatus lässt sich die Annahme ableiten, dass eine zunehmende soziale Ungleichheit bei einem insgesamt steigenden Durchschnittseinkommen nicht zwangsläufig zu einer wachsenden Ungleichverteilung von Gesundheitschancen führen muss, z. B. in dem Fall, dass (vergleichsweise hohe) Einkommens- und Vermögenszuwächse statushoher Sozialschichten mit geringen Gesundheitsgewinnen verbunden sind, (relativ niedrige, aber vorhandene) Einkommens- und Vermögenszuwächse von weniger privilegierten Sozialschichten aber zu deutlichen Gesundheitsgewinnen führen (vgl. House, J.S. u. Williams, D.R. 2001). Weiterhin legt eine ‚kurvilineare' Beziehung die Möglichkeit erheblicher Verluste an Gesundheitschancen bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen nahe, die eine absolute und nicht nur relative Verschlechterung ihrer Einkommenssituation erfahren. Nach Ergebnissen einer Arbeitsgruppe des Forschungsprogramms ‚*Social variations in health expectancy in Europe*' der European Science Foundation weist die statistische Beziehung zwischen Einkommen und Gesundheitsstatus eine ‚kurvilineare' Ausprägung auf, die jedoch zwischen verschiedenen europäischen Ländern variiert (Siegrist, J. 2004). Für die USA wurde gezeigt, dass eine größere Ungleichverteilung des Einkommens mit ungünstigeren Werten im Hinblick auf den Gesundheitszustand und die Lebenserwartung für den Durchschnitt der Gesamtbevölkerung einhergeht (Rosenbrock, R. u. Geene, R. 2000; Wilkinson, R. 1996). Ein statistischer Zusammenhang zwischen der Einkommenshöhe und dem Gesundheitsstatus wurde auch in Deutschland festgestellt (z. B. Geyer, S. u. Peter, R. 2000). Dagegen liegen zum Zusammenhang zwischen der Einkommensverteilung und Gesundheitsergebnissen für Deutschland keine aussagekräftigen Untersuchungen vor.

197. Stile und Möglichkeiten der Lebensbewältigung variieren auch u. a. in Abhängigkeit vom Bildungsniveau und von der allgemeinen Lebensorientierung bzw. dem ‚Kohärenzsinn' (*sense of coherence*). Bei einem sehr schwach ausgeprägten Kohärenzsinn finden sich Phänomene einer ‚erlernten Hilflosigkeit' und der Demoralisierung, verbunden mit einem geringen Selbstwertgefühl, wahrgenommener Perspektivlosigkeit und Zukunftsängsten. Formen einer Demoralisierung wurden in den USA überproportional häufig in der unteren Sozialschicht festgestellt (Trojan, A. 2004). Allerdings lassen die vorliegenden Ergebnisse keine eindeutigen Aussagen zum Zu-

[47] Die Existenz eines statistischen Zusammenhangs zwischen Einkommen und Gesundheitszustand ist unbestritten. Nach gegenwärtigem Wissensstand ist die Beziehung auf der individuellen Ebene ‚kurvilinear'. Nicht geklärt ist u. a., inwieweit dieser Zusammenhang auf die Makro-, d. h. auf die Populationsebene, übertragbar ist, und welches Gewicht alternativen bzw. komplementären Erklärungsansätzen zukommt (vgl. Siegrist, J. 2004).

sammenhang zwischen dem Bildungsstand, dem sozioökonomischen Status bzw. der Berufstätigkeit und dem Kohärenzerleben zu (Bengel, J. et al. 2001). Neben Aspekten der ‚vertikalen' sozialen Ungleichheit beeinflussen ‚horizontale' Unterschiede, etwa im Hinblick auf Geschlecht, Lebensalter und Migrationshintergrund, die Verteilung von Gesundheitschancen (Mielk, A. u. Bloomfield, K. 2001). Die Beziehungen zwischen der Einkommensverteilung und dem Gesundheitsstatus sind facettenreich und vermutlich noch schwieriger zu erklären als die Bedeutung anderer Einflussfaktoren wie Bildung, Beruf, Alter, Geschlecht (vgl. Hurrelmann, K. u. Kolip, P. 2002)[48] und soziale Bindungen, z. B. Ehe und Partnerschaft (Fuchs, V.R. 2004).

4.2.2 Primärpräventive Strategien zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen

198. Die Bedeutung von sozioökonomischen Statusunterschieden für die Verteilung von Gesundheitschancen führt zu der Frage, welche Antwort primärpräventive Strategien auf die unterschiedlichen Belastungen und Ressourcen verschiedener Bevölkerungsgruppen geben. Wesentliche Einflussfaktoren liegen außerhalb der von Gesundheitsministerien verantworteten (expliziten) Gesundheitspolitik. So sieht der Bericht des Institute of Medicine die größten Errungenschaften in der Vergangenheit und das größte Potenzial zur Verringerung sozioökonomischer Unterschiede im Gesundheitsstatus und für die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung in der Verbesserung des sozioökonomischen Status vor allem der benachteiligten Bevölkerungsgruppen (House, J.S. u. Williams, D.R. 2001). Dies führt zu der Schlussfolgerung, dass einem wirtschaftlichen Wachstum, das die soziale und ökonomische Situation dieser Gruppen verbessert, aus primärpräventiver Perspektive eine hohe Bedeutung zukommt: „*Thus, economic growth and development ... can have dramatic effects on individual and population health, especially if ... changes impact the more disadvantaged socio-economic ... groups in our society.*" (House, J.S. u. Williams, D.R. 2001, S. 116).

199. Zwischen der Primärprävention und der Wirtschafts- bzw. Sozialpolitik bestehen zwangsläufig enge Zusammenhänge (vgl. z. B. Bunton, R. 2002; Helmert, U. et al. 2000; Lynch, J.W. et al. 1997). Der bereits Ende des 19. Jahrhunderts dokumentierte Zusammenhang zwischen Gesundheitsstatus und Arbeitslosigkeit lässt die bestehende Arbeitslosigkeit, vor allem die Langzeitarbeitslosigkeit, nicht nur als eines der größten ungelösten wirtschafts- und sozialpolitischen Probleme, sondern auch als ein vorrangiges Public Health-Problem erscheinen (Robert Koch-Institut 2003a; vgl. Elkeles, Th. 2003; Elkeles, Th. u. Kirschner, W. 2003).[49] Mit der Feststellung der Bedeutung von wirtschafts- und sozialpolitischen Strategien als ‚impliziter Gesundheitspolitik' für die Primärprävention ist allerdings noch nicht die Frage nach angemessenen Maßnahmen der (expliziten) Gesundheitspolitik u. a. im Rahmen der Krankenversicherung beantwortet.

200. § 20 Abs. 1 SGB V als Rechtsgrundlage der Krankenkassen für primärpräventive Interventionen enthält die Vorstellung, dass sie dem Ziel der Verminderung der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen dienen sollen. Zur Verfolgung dieses Ziels bieten sich drei unterschiedliche theoretische Konzeptionen an (Graham, H. 2004):

Ein vergleichsweise einfach umsetzbares Konzept fokussiert auf den Zusammenhang von Armut und Gesundheit und interveniert zu Gunsten sozial besonders benachteiligter Gruppen (‚*remedying health disadvantages*'). Dabei wird allerdings die Tatsache vernachlässigt, dass die Ungleichheit von Gesundheitschancen nicht nur ein Problem einer abgrenzbaren Teilpopulation bzw. von marginalisierten und sozial oder gesundheitlich besonders belasteten Gruppen ist. Erhebliche Unterschiede in der Verteilung von Gesundheitsressourcen und -belastungen lassen sich, unabhängig von technischen Details der Abgrenzung von ‚Sozialschichten', über die gesamte Gesellschaft hinweg feststellen.

Ein weiter gefasstes Konzept stellt explizit darauf ab, den Abstand in der Verteilung von Gesundheitschancen zwischen den sozial schwächsten Schichten der Gesellschaft und privilegierten Schichten bzw. dem Bevölkerungsdurchschnitt zu verringern (‚*narrowing health gaps*'). Das Ziel ist nicht allein eine Verbesserung der gesundheitlichen Lage benachteiligter Bevölkerungsgruppen, sondern eine schnellere Verbesserung als in besser situierten Gruppen. Trotz der Bezugnahme auf die Gesundheit der Gesamtbevölkerung bleiben auch in diesem Konzept Interventionen auf deutlich benachteiligte Gruppen beschränkt. Dennoch greift dieses Konzept die Selbstverpflichtung der Staaten in der Europäischen Region der WHO (s. Exkurs) annähernd auf.

[48] Der Rat wird sich in einem der folgenden Gutachten näher mit ‚gender'-Aspekten der Verteilung von Gesundheitschancen befassen. Empirische Studien aus Deutschland, in denen Ergebnisse zum Ausmaß der vertikalen Ungleichheit nach Geschlechtern getrennt ausgewiesen werden, ergeben kein einheitliches Bild (Mielck, A. 2002).

[49] Bei einer zunehmenden Lohndifferenzierung innerhalb der westeuropäischen Staaten z. B. nach der EU-Osterweiterung oder infolge einer stärker integrierten Weltwirtschaft kann eine ‚gesundheitsfördernde Gesamtpolitik' (*healthy public policy*) im Sinne der Ottawa-Charta der WHO mit dem Problem konfrontiert werden, dass auf dem Arbeitsmarkt durchsetzbare und beschäftigungssichernde Löhne vor allem von vergleichsweise gering qualifizierten Arbeitnehmern mit der aus primärpräventiver Sicht relevanten Ressourcenausstattung und Lebenssituation insbesondere in Haushalten mit Kindern nur schwer in Übereinstimmung zu bringen sind. Sofern eine zunehmende Lohndifferenzierung allerdings zur Abnahme der Arbeitslosigkeit beiträgt, kann sie aufgrund des Zusammenhangs zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus der Perspektive der Gesundheitsförderung auch positive Effekte bewirken.

Exkurs: Ziel 2 – Gesundheitliche Chancengleichheit – im Rahmenkonzept ‚Gesundheit für alle' für die Europäische Region der WHO

Bis zum Jahr 2020 sollte das Gesundheitsgefälle zwischen sozioökonomischen Gruppen innerhalb der Länder durch eine wesentliche Verbesserung der Gesundheit von benachteiligten Gruppen in allen Mitgliedsstaaten um mindestens ein Viertel verringert werden. In diesem Zusammenhang sollen insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

2.1 Das Gefälle in der Lebenserwartung zwischen sozioökonomischen Gruppen sollte um mindestens 25 % reduziert werden.

2.2 Die Werte für die wichtigsten Indikatoren von Morbidität, Behinderungen und Mortalität sollten sich auf dem sozioökonomischen Gefälle gleichmäßiger verteilen.

2.3 Sozioökonomische Bedingungen, die die Gesundheit beeinträchtigen, vor allem Unterschiede im Einkommen, im Bildungsstand und im Zugang zum Arbeitsmarkt, sollten wesentlich verbessert werden.

2.4 Der Anteil der in Armut lebenden Bevölkerung sollte erheblich verringert werden.

2.5 Personen mit besonderen Bedürfnissen aufgrund ihrer gesundheitlichen, sozialen oder wirtschaftlichen Situation sollten vor gesellschaftlicher Ausgrenzung geschützt werden und ungehinderten Zugang zu bedarfsgerechter Versorgung erhalten.

Quelle: WHO (1999b)

Ein dritter, theoretisch orientierter Ansatz fokussiert auf systematische, gesellschaftsstrukturell verankerte Unterschiede in den Lebens- und Gesundheitschancen, Lebensstandards und -stilen, die sich aus einer unterschiedlichen Positionierung im gesellschaftlichen Gefüge ergeben (‚*reducing health gradients*'). Die Gesundheit der gesamten Bevölkerung soll verbessert werden, die Geschwindigkeit der Verbesserung soll nach diesem Ansatz aber mit jedem Schritt in der sozialen Schichtung abwärts zunehmen, so dass im Ergebnis jede soziale Schicht größere Gesundheitsgewinne aufweist als die nächsthöhere Sozialschicht. Dieses Konzept würde im Falle der Praktikabilität den Zielvorstellungen sowohl der WHO als auch von § 20 SGB V vollständig gerecht.

201. Bei der Erarbeitung umsetzbarer primärpräventiver Strategien und der Planung von Interventionen müssen Unterschiede in der sozialen Lage berücksichtigt werden, doch wird der dritte Politiktyp vor dem Hintergrund der komplexen Beziehung zwischen der Gesundheit und dem sozioökonomischen Status und von unzureichenden Kenntnissen über die Effektivität und Effizienz von Interventionen auf absehbare Zeit nicht zu verwirklichen sein. Erhebliche Schwierigkeiten bereiten Mess- und Evaluationsprobleme, die eine Erfolgsprüfung von Interventionen im Sinne einer dauerhaften Verminderung von gesundheitsstatusbezogenen Unterschieden als kaum realisierbar erscheinen lassen. Eine realistische Umsetzungsstrategie von § 20 SGB V wird sich auf Interventionen zu Gunsten gesundheitlich eindeutig benachteiligter Gruppen konzentrieren müssen, ohne den die gesamte Gesellschaft übergreifenden Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und der Ressourcen-Belastungs-Bilanz aus dem Blick zu verlieren. Als Kriterien zur Bildung von Clustern für eine Interventionsplanung kommen u. a. folgende Merkmale in Betracht (vgl. Rosenbrock, R. 2004b):

– Personen mit niedrigem Einkommen, z. B. Sozialhilfeempfänger und ihre Familienangehörigen, und in diesem Kontext insbesondere Kinder und Jugendliche als primäre Zielgruppe nationaler Strategien zur Primärprävention (Gutachten 2003, Band II, Ziffer 557), bzw.

– Personen mit niedriger Schulbildung und geringen Chancen auf dem Arbeitsmarkt, z. B. Personen ohne Hauptschulabschluss oder ungelernte Arbeiter und ihre Familien, und

– andere überdurchschnittlich belastete Personengruppen: Alleinerziehende, kinderreiche Familien, Behinderte, Langzeitarbeitslose, ethnische Minderheiten, Obdachlose und Migranten mit unsicherem Aufenthaltsstatus.

Dabei ist zu entscheiden, ob im weiteren Sinne sozialpolitische Interventionen oder unmittelbar gesundheitsbezogene Maßnahmen bzw. Angebote von Einrichtungen des Gesundheitswesens zielführend sind.

202. Über Interventionen für Zielgruppen mit einer ungünstigen Ressourcen-Belastungs-Bilanz hinaus wird es eines engagierten Eintretens für sozial und gesundheitlich benachteiligte Gruppen (*advocacy* u. a. über die Medien) und der Thematisierung sozioökonomischer Einflussfaktoren in den verschiedenen Lebensbereichen bedürfen. Eine wesentliche Aufgabe besteht darin, den Präventionsgedanken außerhalb des Gesundheitssystems und der ‚expliziten Gesundheitspolitik' auch auf anderen politischen Handlungsfeldern (‚implizite Gesundheitspolitik') und in sämtlichen Bevölkerungsgruppen im Sinne einer *healthy public policy* (WHO 1986) zu verankern. Problematisch sind in diesem Kontext allerdings, unabhängig von dem präventionspolitischen Konzept, zum einen die eng limitierten und z. T. zurückgehenden Handlungsspielräume in den öffentlichen Haushalten, die gesundheits- und sozialpolitische Initiativen erschweren, und zum anderen das Ausbleiben von Erfolgen auf den wirtschaftspolitischen Handlungsfeldern der Arbeitsmarkt-, Struktur- und Wachstumspolitik.

203. Mit einer Auswahl in Betracht kommender Zielgruppen und der prinzipiellen Stärkung des Präventionsgedankens ist noch nicht das Problem der Konzeption geeigneter Interventionen gelöst. Soweit sich Interventionen allein im Bereich der ‚expliziten' Gesundheits- bzw. Präventionspolitik bewegen, kommen in Betracht:

– Appelle zur Unterstützung bei der Änderung von belastenden Verhaltensweisen durch Gesundheitskommunikation und *social marketing*, auch durch umfassende bevölkerungsbezogene ‚Mehr-Ebenen'-Präventionskampagnen zu einigen ausgewählten Themen wie Tabakkonsum, Alkoholabusus, Ernährung und Bewegung und

– Interventionen nach dem Setting-Ansatz, vor allem in Schulen und anderen Bildungseinrichtungen, in privaten und öffentlichen Betrieben und Verwaltungen (betriebliche Gesundheitspolitik) sowie in den Kommunen, vor allem an ‚sozialen Brennpunkten' in Städten und Gemeinden.

204. Die einzelnen Interventionstypen der Primärprävention (vgl. Tabelle 44) eignen sich unterschiedlich gut zur Verfolgung des in § 20 SGB V kodifizierten Ziels, die Ungleichverteilung von Gesundheitschancen zu vermindern (Rosenbrock, R. 2004b).

Informations-, Beratungs- und Trainingsangebote werden häufig in ‚Komm-Strukturen', z. B. in Einrichtungen der Krankenkassen, und in Kursform (‚verhaltensorientiertes Gruppentraining') angeboten. Sie zielen i. d. R. auf die Entwicklung und Vermehrung personaler und ggf. auch sozialer Ressourcen sowie auf die Modifikation gesundheitsbelastenden Verhaltens. Bei diesen Angeboten handelt es sich um den Interventionstyp der individuellen Primärprävention ohne einen Kontextbezug. Bei der Umsetzung von § 20 SGB V sowohl in seiner alten (bis 1996) als auch in seiner neuen Fassung (ab 2000) mit Hilfe derartiger Kursangebote wurde eine überproportionale Beteiligung von sozial und gesundheitlich weniger belasteten Gruppen festgestellt (Kirschner, K. et al. 1995; Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen/MDS 2004). Angehörige unterer Sozialschichten bzw. Menschen in schwierigen Lebenslagen haben oft größere Schwierigkeiten, geeignete Kurse zu finden, durchzuhalten und das Gelernte in ihren Alltag zu integrieren und zu habitualisieren, als die Angehörigen höherer Sozialschichten.

205. Als wenig effektiv gilt die bevölkerungsweite Kommunikation allgemeiner gesundheitsbezogener Botschaften ohne einen Kontextbezug (z. B. „Rauchen gefährdet die Gesundheit"), d. h. ohne auf die fördernden und hemmenden Bedingungen einer Annahme der Botschaft und einer Verhaltensänderung einzugehen oder diese zu beeinflussen. Die bevölkerungsbezogene Gesundheitskommunikation sollte prinzipiell im Rahmen eines Gesamtkonzepts für ‚Mehr-Ebenen'-Präventionskampagnen zu ausgewählten Gesundheitsproblemen und unter Gewährleistung eines expliziten Kontext- und Zielgruppenbezuges geplant und implementiert werden.

206. Als u. a. zur Verminderung sozial bedingter Unterschiede von Gesundheitschancen geeignet gilt der Setting-Ansatz. Er vereint die Vorteile eines vergleichsweise einfach zu organisierenden und weitgehend diskriminierungsfreien Zugangs zu unterschiedlichen Zielgruppen mit der Möglichkeit der Integration von verhältnis- und verhaltenspräventiven Elementen und der Stärkung bzw. Vermehrung von gesundheitsrelevanten Ressourcen. Settings können gezielt, z. B. in sozial stärker belasteten Stadtteilen, für Interventionen ausgewählt werden. Von besonderer Relevanz sind die Settings (‚Lebenswelten') Schule (Gutachten 2003, Band II, Ziffer 507ff.), private und öffentliche Betriebe und Verwaltungen (Gutachten 2000/2001, Band III.3, Ziffer 27ff., Abschnitt 1.5.1) sowie Stadt und Gemeinde.

207. Primärprävention nach dem Setting-Ansatz wird allerdings in der Praxis auf zwei nicht ganz trennscharf unterscheidbare Arten betrieben. Interventionen im Rahmen eines engen Ansatzes (‚Gesundheitsförderung im Setting') nutzen vor allem den Zugang zu bestimmten Zielgruppen und vermitteln Informationen und Beratung zu einzelnen Gesundheitsthemen. Sie sollen zwar im Zusammenhang mit den Rahmenbedingungen des Verhaltens einen Kontextbezug aufweisen bzw. diesen entwickeln, zielen aber nicht primär auf die Weiterentwicklung dieses Kontextes (vgl. Tabelle 44).[50] Im Unterschied dazu sieht der weitere Ansatz des ‚gesundheitsfördernden Settings' eine Integration von verhaltens- und verhältnispräventiven Elementen und den Aspekt der Ressourcen- und Kompetenzentwicklung vor. Dabei werden partizipative Elemente im Rahmen eines Prozesses der Organisationsentwicklung eingesetzt, um die besondere Situation, die Interessen, die Problemwahrnehmung und den Kenntnisstand der Angehörigen der Zielgruppe zu erfassen. Sie zielen darauf ab, einen Bezug zu den aus der Perspektive der Zielgruppe relevanten Problemen zu gewährleisten und auf diese Weise gezielt gesundheitliche Belastungen zu mindern, Ressourcen zu vermehren und letztendlich die Wahrscheinlichkeit gesundheitsdienlicher Verhaltensweisen, Lebens- bzw. Arbeitsstile zu erhöhen.

4.3 Gesundheitspsychologische Modelle und Bestimmungsfaktoren des Gesundheitsverhaltens

208. Theorien und Modelle zur Erklärung des Gesundheitsverhaltens aus der Gesundheits- bzw. Sozialpsychologie haben die Präventionsforschung und -praxis in der Vergangenheit wesentlich beeinflusst (Murphy, S. u. Bennet, P. 2002). Sie enthalten jeweils eine eng begrenzte Zahl sozial-kognitiver Variablen, bei denen es sich zumeist um verhaltensnahe Einflussgrößen handelt, die einer Modifikation durch psychologische Interventionen zugänglich sind. Die Bedeutung nicht spezifizierter Persönlichkeitsfaktoren sowie kultureller und sozioökonomischer

[50] Ein Beispiel aus der Tabakprävention ist die Initiative *‚Be smart – don't start'* in Schulen, die aber nur zu relativ schwachen und vorübergehenden Wirkungen in Gesamtschulen und zu noch geringeren Effekten in Gymnasien führte. Die niedrigste Effektivität wurde in Hauptschulen festgestellt (Wiborg, G. et al. 2002).

Einflüsse wird zwar nicht bestritten, es wird aber – oft implizit – angenommen, dass sich diese Faktoren auf die in den Modellen spezifizierten Variablen und somit nur indirekt auf Verhaltensweisen auswirken.

Statische Theorien wie das *Health Belief Model* und die *Theory of Planned Behaviour* stellen Determinanten der Intentionsbildung dar, erklären den Zusammenhang zwischen der Intention und dem beobachtbaren Verhalten aber nicht vollständig. Dagegen beschreiben und erklären dynamische Theorien wie das ‚transtheoretische Modell' Prozesse der Verhaltensentstehung und -beeinflussung (Sniehotta, F.F. 2002).[51]

4.3.1 Modell gesundheitlicher Überzeugungen

209. Das *Health Belief Model* entstand in den 1950er Jahren als Reaktion auf die mangelnde Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und wurde zur Erklärung und Vorhersage gesundheitsrelevanten Verhaltens wie der Teilnahme an Public Health-Angeboten, z. B. Impfprogrammen, verwendet. Zu den Voraussetzungen einer Verhaltensänderung gehört nach diesem Modell die Wahrnehmung sowohl der individuellen Empfänglichkeit für eine Krankheit als auch ihrer Ernsthaftigkeit, d. h. die subjektive Risikoeinschätzung. Ob sich das Verhalten aufgrund dieser Wahrnehmung ändert, hängt aber auch von der Wahrnehmung des Nutzens der Verhaltensänderung sowie bestehender Barrieren für die Änderung ab. Das Gesundheitsverhalten resultiert demnach aus einem mehr oder weniger rationalen Entscheidungsprozess, in dem im Sinne einer Nutzen-Kosten-Analyse das potenzielle Erkrankungsrisiko (wahrgenommene Gefährdung), die Konsequenzen einer Krankheit (wahrgenommene Gefährlichkeit), der zu erwartende Nutzen einer Maßnahme bzw. Verhaltensänderung und die wahrgenommenen Kosten bzw. Barrieren das individuelle Verhalten prägen. Nutzen- und Kostenwahrnehmungen werden auch durch soziale und gruppenspezifische Normen beeinflusst (vgl. Bengel, J. u. Wölflick, D. 1991; Murphy, S. u. Bennet, P. 2002; Naidoo, J. u. Wills, J. 2003; Nutbeam, D. u. Harris, E. 2001).

210. Das *Health Belief Model* wurde durch die Einbeziehung u. a. folgender modifizierender Faktoren verfeinert (ebd.):

- demographische Variablen (Alter bzw. Lebensphase, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit)
- sozialpsychologische und sozioökonomische Variablen (Persönlichkeitsmerkmale, Charakteristika der sozialen Schicht, Bezugs- bzw. *‚peer'*-Gruppen) und
- Handlungsauslöser, z. B. Präventionskampagnen, Berichterstattung in den Medien, Beratung durch Ärzte, Erkrankung von Bezugspersonen.

An dem Modell wurde u. a. eine fehlende Gewichtung der Einflussfaktoren und der Verzicht auf eine Klärung der Verknüpfung von einzelnen Variablen kritisiert, so dass die kausale Struktur des Modells unklar bleibt (vgl. Bengel, J. u. Wölflick, D. 1991; Murphy, S. u. Bennet, P. 2002). Auch zur Erklärung eines komplexen, u. a. auch sozial bedingten Konsumverhaltens etwa im Hinblick auf Tabakprodukte und Alkohol erwies sich das Modell als weniger brauchbar (Nutbeam, D. u. Harris, E. 2001). Da es sich um ein gesundheitspsychologisches Modell handelt, fokussiert es auf jene Varianzen des Gesundheitsverhaltens, die primär durch Einstellungen und Wahrnehmungen von Individuen erklärbar sind (Nutbeam, D. u. Harris, E. 2001). Der Einfluss anderer z. B. mit dem Sozialstatus verbundener Faktoren wurde zwar in Form von ‚Barrieren' zur Verhaltensänderung und von modifizierenden Faktoren ansatzweise integriert, aber nicht in seiner Komplexität explizit dargestellt. Damit bleiben aber die Auswirkungen von Umwelt- und Lebensbedingungen, sozioökonomischen Entwicklungen und Anreizstrukturen z. T. unbestimmt.

211. Für die Gesundheitskommunikation ergeben sich aus diesem Modell mehrere Ansatzpunkte:

- Informationen über das Erkrankungsrisiko (die Risikoeinschätzung von Laien fällt oft zu optimistisch aus bis hin zur Nicht-Wahrnehmung der eigenen Verwundbarkeit) und über mögliche Folgen bestimmter Verhaltensmuster und Lebensstile,
- Informationen über Krankheitsverlauf und -folgen,
- Informationen über zu erwartende positive Auswirkungen, d. h. die Effektivität einer Verhaltensänderung,
- Informationen und Anregungen zu individuellen Handlungsmöglichkeiten bzw. zur Gestaltbarkeit von Verhaltensmustern und Lebensstilen.

4.3.2 Theorie des rationalen Handelns und des geplanten Verhaltens

212. Nach der ‚Theorie des rationalen Handelns' prägen zwei Variablen die Herausbildung einer Verhaltensabsicht (Naidoo, J. u. Wills, J. 2003):

- Einstellungen, d. h. Ansichten über die Folgen eines Verhaltens und die Bewertung dieser Folgen sowie der Vor- und Nachteile einer Verhaltensänderung und
- die subjektive Einschätzung sozialer Normen und Erwartungshaltungen, u. a. von ‚wichtigen Anderen'.

Im Gegensatz zum *Health Belief Model* hebt die ‚Theorie des rationalen Handelns' (*Theory of Reasoned Action*) die Bedeutung von sozialen Beziehungen und Normen als Einflussfaktoren auf das Verhalten hervor. Dazu gehören gesellschaftliche Normen, z. B. im Hinblick auf das Erscheinungsbild (Übergewicht), spezifische Normen des sozialen Umfeldes, u. a. der sozialen Schicht, spezifische Normen in einem ‚Setting' und Ansichten von Bezugspersonen wie Eltern, Lebenspartnern und Freunden bzw. *peer groups*, Vorbildern und Rollenmodellen (‚wichtige

[51] Eine erschöpfende Darstellung des gesundheitspsychologischen Wissensstands ist an dieser Stelle weder intendiert noch möglich. Ausgewählt wurden primär Modelle bzw. Theorien, auf die in der einschlägigen Literatur zur Gesundheitsförderung verwiesen wird.

Andere‘). Bei der Interventionsplanung stellt sich die Aufgabe, relevante soziale Normen und den Einfluss von Vorbildern und *peer groups* auf die jeweilige Zielgruppe zu berücksichtigen.

213. In einer Weiterentwicklung der ‚Theorie des rationalen Handelns‘ zur ‚Theorie des geplanten Verhaltens‘ wurde neben den Ansichten über die Ergebnisse eines Verhaltens, der Bewertung dieser Ergebnisse sowie sozialen Normen und ihrer Motivationswirkung als weiterer Einflussfaktor die wahrgenommene Kontrolle über das eigene Leben (*locus of control*) eingeführt. Danach unterscheiden sich Menschen u. a. dadurch, inwieweit sie glauben, ihre Gesundheit und deren Bestimmungsgrößen beeinflussen zu können (*internal locus of control*) bzw. von ‚mächtigen Anderen‘, Zufall oder Glück abhängig zu sein (*external locus of control*). Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen solchen Selbsteinschätzungen und Verhaltensweisen liegen z. B. für die Aufgabe des Rauchens und eine Gewichtsreduzierung vor. Das Konzept des *locus of control* wurde allerdings kritisiert, da eine eindeutige Abgrenzung zum Konzept der ‚Selbstwirksamkeit‘ fehlt (Schlicht, W. 2002), und die in Forschungsarbeiten zu dieser Theorie untersuchten Personen, die die eigene Kontrolle über ihr Verhalten als gering einschätzten, häufig unteren Sozialschichten mit einem niedrigen Bildungsstand angehörten. Deren Kontrollmöglichkeiten waren nicht nur in der subjektiven Wahrnehmung der Betroffenen, sondern tatsächlich gering ausgeprägt (Naidoo, J. u. Wills, J. 2003).

4.3.3 Selbstregulation und Selbstwirksamkeit

214. ‚Selbstregulation‘ bezeichnet die Fähigkeit, Handlungen auch dann aufzunehmen und durchzuhalten, wenn ablenkende oder beeinträchtigende Faktoren auftreten. Ohne diese Fähigkeit kann ein Individuum daran scheitern, seiner Intention zu folgen und ein seiner Gesundheit förderliches Verhalten umzusetzen. Mögliche Fehler der Selbstregulation sind eine Unter- und eine Fehlregulation. Unterregulation liegt vor, wenn eine Person nicht in der Lage ist, ausreichende Kontrolle über ihr Verhalten auszuüben (z. B. trotz entgegengesetzter Intention Fernsehen statt Sport). Im Falle der Fehlregulation werden ungeeignete Strategien zur Zielrealisierung gewählt (z. B. Aufnahme einer Sportart durch eine untrainierte Person ohne ausreichende Vorbereitung mit der Folge einer Sportverletzung). Von zentraler Bedeutung für die Selbstregulation ist die Selbstwirksamkeitserwartung (Scholz, U. u. Sniehotta, F.F. 2002).

215. Das ursprünglich von Bandura (1977) entwickelte Konzept der ‚Selbstwirksamkeit‘ (*self-efficacy*) bzw. der Selbstwirksamkeitserwartung (*perceived self-efficacy*) bezeichnet die subjektive Gewissheit, schwierige oder neue Anforderungen erfolgreich bewältigen zu können. Die Selbstwirksamkeitserwartung umfasst „das Vertrauen in die eigene Kompetenz, schwierige Handlungen nicht nur in Gang zu setzen, sondern auch zu Ende führen zu können, indem auftretende Barrieren durch hartnäckige Zielverfolgungsstrategien überwunden werden.“ (Schwarzer, R. 2002, S. 521). Eine ausgeprägte Selbstwirksamkeitserwartung unterstützt ein konstruktives Gesundheitsverhalten und die Bewältigung von Stress und Krankheit. Zweifel an der eigenen Selbstwirksamkeit können dagegen dazu führen, dass Personen trotz sinnvoller Vorsätze daran scheitern, Reizen zu widerstehen bzw. derartige Versuche bei sich einstellenden Schwierigkeiten aufgeben (Scholz, U. u. Sniehotta, F.F. 2002). Zur Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung stehen drei Interventionsprinzipien zur Verfügung:

- Hilfe zu Erfolgserfahrungen durch Setzen von Nahzielen, Unterstützung und wohldosierte Erfolge,
- Verhaltensmodelle, die zur Nachahmung empfohlen werden, wenn nicht genügend Gelegenheiten bestehen, eigene Erfolgserfahrungen zu sammeln, und
- ‚Zureden‘ mit allerdings unsicherer Erfolgsaussicht (Schwarzer, R. 2002).

Die Selbstwirksamkeitserwartung bzw. der Glaube an die eigene Handlungskompetenz und die Fähigkeit zur Lebensbewältigung steht mit dem Selbstwertgefühl einer Person in enger Beziehung. Auf das Selbstwertgefühl üben u. a. soziale Netze einen Einfluss aus (Naidoo, J. u. Wills, J. 2003).

4.3.4 Salutogenese

216. Der häufig gebrauchte Begriff der ‚Salutogenese‘ dient sicher nicht zuletzt aufgrund seiner suggestiven Prägekraft, die Nähe zur ‚Gesundheit’ und zugleich deren Erreichbarkeit impliziert, als Auffangbecken für vielfältige Vorstellungen. Kaum ein gesundheitswissenschaftliches Erklärungsmodell hat soviel Verbreitung und weiterführende Bearbeitung gefunden. Insofern kann von einer gewissen Faszination gesprochen werden, die für viele am Gesundheitswesen Mitwirkende von diesem Konzept ausgeht.

217. Begriff und grundlegende Theorie der Salutogenese gehen auf Aaron Antonovsky (1987) zurück. Gesundheit und Krankheit werden von Antonovsky nicht als Gegensätze gedeutet, sondern als Pole auf einem Kontinuum, das mehr oder weniger Gesundheit beschreibt. In einer permanenten dynamischen Veränderung bewegt sich der Gesundheitszustand zwischen diesen beiden Polen, wobei vielfältige, besonders psychologische Kräfte einwirken. Nach Antonovsky verfügt der Mensch in unterschiedlichem Maße über gesundheitliche Ressourcen, welche die Wahrscheinlichkeit zu erkranken senken sowie die Genesung erleichtern. Zu den gesundheitlichen Ressourcen zählen sowohl äußere Bedingungen wie soziale und finanzielle Lebensumstände und ökologische Umweltbedingungen als auch psychologische Voraussetzungen (vgl. Abschnitt 4.1.2.3). Im Zentrum der Deutung solcher psychologischen Faktoren steht das Konzept des ‚Kohärenzgefühls‘ (*sense of coherence*). Das ‚Kohärenzgefühl‘ ist gekennzeichnet durch „eine umfassende Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass

– die Stimuli, die sich im Verlaufe des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind,

– einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen,

– diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen“ (Antonovsky, A. 1993).

Der Kohärenzsinn wird nach dieser Definition in den drei Dimensionen der ‚Verstehbarkeit‘,‚Handhabbarkeit‘ und ‚Bedeutsamkeit‘ beschrieben. Er bildet sich im Laufe des Lebens heraus und ist von sozialen, kulturellen und psychologischen Einflüssen abhängig.

Wissenschaftliche Bedeutung des Modells

218. Das Salutogenesemodel hat zu einem erweiterten Verständnis von Gesundheit und Krankheit geführt. Die wesentliche Bedeutung besteht in einem Wechsel der Blickrichtung. Gesundheit wird zu einem eigenständigen Gegenstand von Theorie, Forschung und Praxis. Trotz häufiger programmatischer und verbaler Bezugnahme auf das Ressourcenkonzept ist die Praxis der Prävention bisher aber noch weitgehend am klassischen Modell der Risikovermeidung ausgerichtet (Abel, T. et al. 2002). Eine schlüssige empirisch gestützte Theorie, die zur verbesserten Gesundheitserhaltung und -wiedererlangung beiträgt, könnte weiteres Potenzial aktivieren.

219. Die Gedanken von Antonovsky haben auf verschiedene Wissenschaften inspirierend gewirkt. Auch die Philosophie befasste sich mit dem Salutogenesemodell. Dabei wurde herausgestellt, dass Gesundheit kein Wert an sich ist, ohne den das Leben nicht gelingen könnte, sondern ein Modus des Lebens, welches auch bei Krankheit als zufriedenstellend erlebt werden kann (Schneider, C. 2002). ‚Gesundheit’ verliert damit den Charakter eines Grundwertes (Wolf, C. 1999) bzw. stellt keine notwendige Bedingung für ein ‚gutes Leben‘ dar.

220. Von Bedeutung für die Relevanz des Salutogenesekonzepts in der Medizin und Gesundheitsförderung sind empirische Studien, die zur Klärung seiner Gültigkeit beitragen. Sie stützen sich in der Regel auf Teilaspekte des Salutogenesemodells und bedienen sich des an größeren Bevölkerungsstichproben validierten und testtheoretisch untermauerten (Feldt, T. u. Rasku, A. 1998, Feldt, T. et al. 2000, Gana, K. u. Garnier, S. 2001), in Deutschland mit altersbezogenen Normwerten (Schumacher, J. et al. 2000, Hannöver, W. et al. 2004) ausgestatteten Instrumentes zur Messung des s*ense of coherence* (SOC). Die SOC-Scala liegt in einer Langform (SOC 29), einer Kurzfassung (SOC 13) (Schumacher, J. et al. 2000) und einer abgewandelten Kurzform (SOC 9) (Hannöver, W. et al. 2004) vor.

Tabelle 45

Ausgewählte Ergebnisse und Beispiele empirischer Studien zum SOC

Untersuchungsgegenstand	Wesentliche Ergebnisse	Studien – Beispiele
SOC und psychische Gesundheit	Signifikante Korrelationen zwischen SOC und psychischer Gesundheit vielfach belegt, besonders zwischen SOC und Ängstlichkeit sowie Depressivität	Larsson, G. u. Kallenberg, K. O. 1996 Anson, O. et al. 1993 Chamberlain, K. et al. 1992 Hannöver, W. 2004 Duetz, M. et al. 2000
SOC und körperliche Gesundheit	Zusammenhang nicht eindeutig in älteren Studien, nachgewiesen in neueren Studien Therapeutischer Einsatz salutogener Prinzipien erweist sich als überlegen gegenüber traditioneller Therapie, z. B. bei chronischem Tinnitus	Langius, A. u. Björvell, H. 1993 Bös, K. u. Woll, A. 1994 Hood, S.C. et al. 1996 Johnson, M. 2004 Berg, J. u. Brevic, J.I. 1998 Pallant, J.F. u. Lae, L.2002 Duetz, M. et al. 2000 Ross, U. 2002
SOC und Stressbewältigung und Krankheitsverarbeitung	Zusammenhang zwischen erlebtem Ausmaß von Stress und SOC SOC erleichtert die Anpassung an schwierige Lebenssituationen wie Behinderung oder Pflege Niedrige SOC-Werte korrelieren mit depressivem Bewältigungsverhalten, defensivem Abwehrmechanimus und mit Resignation	McSherry, W.C. u. Holm, J.E. 1994 Dangoor, N. u. Florian, V. 1994 Rena, F. et al., 1996 Becker, P. et al. 1996 Sammallathi, P.R. et al. 1996 Rimann, M. u. Udris, I. 1998

noch Tabelle 45

Untersuchungsgegenstand	Wesentliche Ergebnisse	Studien – Beispiele
SOC und Gesundheitsverhalten	Wenige Studien, Ergebnisse uneinheitlich, z. B. niedrigere SOC-Werte bei Frauen mit Suchtkrankheiten als bei altersgleichen nicht Süchtigen, jedoch nicht bestätigt bei Alkoholkranken Widersprüchliche Ergebnisse bei gesundem Verhalten wie Sport (keine Beziehung). Bei Schlaf und Ernährung signifikanter Zusammenhang	Franke, A. 1997 Frenz, A.W. et al. 1993 Becker, P. et al. 1996
SOC und Bildungsstand sowie sozioökonomischer Status	Studienergebnisse können noch nicht abschließend interpretiert werden Höhere SOC-Werte bei größeren beruflichen Tätigkeitsspielräumen und gehobener Stellung mehrfach bestätigt Es finden sich Korrelationen zwischen erfolgreicher beruflicher und sozialer Integration und hohen SOC Werten, jedoch wenig Beziehungen zu sozial belasteter Kindheit	Larsson, G. u. Kallenberg, K.O. 1996 Lundberg, O. 1997 Rimann. M. u. Udris, I. 1998 Johnson, M. 2004 Krantz, G. u. Östergren, P.-O. 2004
SOC und Alter	Hinweise auf wachsenden SOC mit zunehmendem Alter Mangels Längsschnittstudien noch nicht abschließend zu beurteilen	Callahan, L.F. u. Pincus, T. 1995 Frenz, A.W. et al. 1993 Larsson, G. u. Kallenberg, K.O. 1996 Sack, M. et al. 1997

Quelle: Eigene Darstellung (vgl. Bengel, J. et al. 2001)

221. Wie Tabelle 45 verdeutlicht, fallen die Ergebnisse nicht in allen untersuchten Bereichen einheitlich aus. Während die Korrelation zwischen niedrigen SOC-Werten und krankheitsnahen (z. B. Resignation) oder als Krankheit imponierenden psychischen Befunden sich in allen entsprechenden Studien bestätigt, erweisen sich z. B. die Ergebnisse hinsichtlich SOC und Gesundheitsverhalten als uneinheitlich. Beziehungen zwischen Kohärenzsinn und sozialem Status bzw. inneren und äußeren Gestaltungsfreiräumen können aufgrund der Studiendaten vermutet werden. Zur Frage eines Zusammenhangs mit körperlicher Gesundheit zeigen erst neuere Studien positive Ergebnisse auf. Inwieweit das Salutogenesekonzept gesundheitserhaltende Eigenschaften beschreibt, kann vor allem in Längsschnittstudien festgestellt werden. Solche liegen bisher jedoch nur vereinzelt vor. Im Rahmen des Northern Sweden MONICA-Projekts wurden 1 254 Personen fünf Jahre lang beobachtet. Der Kohärenzsinn erwies sich als stabil, sofern zu Beginn der Studie hohe SOC-Werte gemessen wurden (Nilsson, B. et al. 2003). Dabei zeigte sich eine Verschlechterung der SOC-Werte im Laufe der Beobachtungszeit, die am stärksten bei älteren Probanden abfiel, bei denen neue Krankheiten, eine schlechtere subjektive Gesundheit und Einschränkungen bei der sozialen Unterstützung aufgetreten waren. Weitere Studien der letzten Jahre bekräftigen Zusammenhänge mit der subjektiven Bewertung und mit objektiven Indikatoren zu Krankheit und daraus folgender Behinderung sowie der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens (z. B. Duetz, M. et al. 2002). Studien zum therapeutischen Einsatz salutogener Elemente finden sich bisher nur in geringer Zahl (z. B. Ross, U., 2002).

222. Über die in Tabelle 45 dargestellten Untersuchungsgegenstände hinaus liegen Studien vor, die sich mit dem Zusammenhang zwischen dem SOC und weiteren gesundheitspsychologischen Konstrukten befassen. Dabei handelt es sich z. B. um die gesundheitlichen Kontrollüberzeugungen (*locus of control*) (z. B. Rotter, J.B. 1966, 1975). In diesem Zusammenhang ist auch das Konstrukt der Selbstwirksamkeit von Bedeutung. Beziehungen zwischen diesen Konstrukten und dem SOC wurden nachgewiesen (z. B. Johnson, M. 2004).

Praktische Bedeutung des Salutogenesemodells

223. Ungeachtet der noch nicht ausgereiften wissenschaftlichen Fundierung des Modells hat sich in der Realität des Gesundheitswesens eine breit gefächerte Anwendung des Salutogeneseprinzips etabliert. Sie reicht von der bloßen Umetikettierung bestehender Initiativen mit dem Label der Salutogenese bis hin zur gezielten Anwendung der Komponenten des Kohärenzsinnes (Bengel, J. et al. 2001). Entscheidender als einzelne Projekte und Initiativen scheint aber, dass mit dem Salutogenesemodell ein grundsätzlicher Wandel im Verständnis von Gesundheit und Krankheit eingetreten ist. Dabei wurde dem Risikoansatz der Medizin die Bedeutung von Gegenkräften in Form von Gesundheitsressourcen gegenübergestellt.

Hinzu kommt, dass die Vorstellungen Antonovskys sich zeitgleich zu der ‚*Empowerment*'-Bewegung und einer Aufwertung psychophysischer Zusammenhänge entwickelten. Sie fielen somit auf einen fruchtbaren Nährboden und wurden als übergreifende Theorie und Bestätigung vorhandener Ansätze aufgegriffen (vgl. Novak, P. 1998), was seinen Niederschlag auch im Gedankengut der WHO, u. a. als theoretische Fundierung der Ottawa-Charta fand (Kickbusch, I. 1992). Neuere Anwendungsfelder finden sich u. a. in der Pflege (vgl. Blair, A. et al. 2004; Huck, G. 2004), unterstützt von den Pflegewissenschaften, die auch zur Entwicklung weiterer aus den SOC-Skalen abgeleiteter Messinstrumente beigetragen haben (z. B. Jenker, G. 2004).

224. Das Salutogenesemodell ist für die Psychosomatik und Psychotherapie insofern von Bedeutung, als es zu einer theoretischen und praxisbezogenen Auseinandersetzung mit gesundheitlichen Ressourcen und deren Aktivierung zwingt. Dennoch findet eine entsprechende Bearbeitung in der einschlägigen Literatur bisher nur wenig Niederschlag (Bengel, J. et al. 2001).

225. Eine ressourcenbezogene Denkweise hat sich, mehr oder weniger an das Salutogenesemodell von Antonovsky anknüpfend, zunehmend in der Rehabilitation durchgesetzt. Nach Doubrawa (1995) geht es dabei um entsprechende psychologische Angebote, die einer Förderung bzw. Verbesserung von Rollenbewältigung, Selbstverwirklichung sowie seelischem und körperlichem Wohlbefinden dienen. Schließlich ist die Rolle der Salutogenese in der onkologischen Rehabilitation und der Psychoonkologie hervorzuheben (vgl. Weis, J. 1997).

Bewertung

226. Seit der Veröffentlichung des Modells von Antonovsky sind ca. 250–300 wissenschaftliche Studien erschienen, die sich mit dessen empirischer Fundierung befassen (vgl. Bengel, J. et al. 2001). Dabei handelt es sich überwiegend um Querschnittuntersuchungen, in denen Korrelationen zu anderen Gesundheitsindikatoren gesucht werden, und die somit zur Frage der konkreten Auswirkungen hoher oder niedriger SOC-Werte auf die gesundheitliche Entwicklung eines Individuums wenig aussagen. Zudem fehlen studienübergreifende Auswertungen und Reviews. Auch die o. g. Längsschnittstudie (Nilsson, B. et al. 2003) ist nicht darauf angelegt, den Nachweis zu erbringen, dass gute SOC-Werte vor gesundheitlichen Einbrüchen schützen oder dass dieselben besser überstanden werden. Andererseits zeigen neuere Studien (Tabelle 45) durchaus Zusammenhänge, die eine weitere Verfolgung als geraten erscheinen lassen. Schließlich scheint das Kohärenzgefühl nachgewiesenen Einfluss auf die Art und Weise der Stressbewältigung auszuüben, was die Thesen Antonovskys stützt und es nahe legt, Strategien für den Umgang mit Belastungen und Krankheiten abzuleiten. Kritisiert wird aber die Schwäche des SOC-Konstrukts und der entsprechenden Erhebungsinstrumente, die als zu wenig theoriegeleitet bewertet werden. Darauf werden die z. T. unklaren Ergebnisse und der Mangel an belastbaren Gesamtaussagen zurückgeführt (Geyer, S. 2002).

227. Der wissenschaftliche Wert des Salutogenesemodells wird darin gesehen, dass es eine Anschlussfähigkeit sowohl hinsichtlich gesundheitswissenschaftlicher als auch hinsichtlich medizinischer Kriterien ermöglicht. Damit gilt es als geeignet, um in disziplinenübergreifenden Forschungszusammenhängen eine gemeinsame Diskussionsbasis zu schaffen (Siegrist, J. et al. 1998). Von wissenschaftstheoretischer Seite wird indes davor gewarnt, Antonovskys Theorien einseitig auf das Kohärenzsinn-Modell zu verkürzen (Abel, T. et al. 2002).

228. Ferner wird eingewendet, dass Antonovskys Modell von einer entwicklungspsychologischen Tradition ausgeht, die heutigen Verhaltensmustern nicht mehr entspricht. Die einmal erworbenen Grundhaltungen, wie sie das Kohärenzgefühl beschreibt, können demnach nicht als stabile Konstanten angesehen werden. Vielmehr sei davon auszugehen, dass Menschen sich weiterentwickeln und unter den sich permanent wandelnden soziokulturellen und alltäglichen Anforderungen ständig neue Identitätsentwürfe vornehmen müssen (Höfer, R. 2002). Diese Kritik verkennt allerdings, dass die von Antonovsky beschriebenen Eigenschaften der ‚Verstehbarkeit' und ‚Handhabbarkeit', also die Fähigkeit, Neues sinnvoll durch bestehende Erfahrungen deuten und daraus erfolgreiches Handeln ableiten zu können, die Voraussetzungen dafür bilden, dass Menschen sich schadlos mit ungewohnten und neuen Situationen auseinandersetzen können.

229. Forschung und Entwicklung im Bereich Salutogenese bedürfen eines Brückenschlags in andere humanwissenschaftliche Disziplinen, z. B. Anthropologie, Entwicklungspsychologie, Gesellschaftswissenschaften und Philosophie. Der Rat erachtet Arbeiten, die zu einem besseren Verständnis psychophysischer Beziehungen führen, als notwendig.

4.3.5 Modell der Stadien der Veränderung

230. Das ‚transtheoretische Modell' (‚Modell der Stadien der Veränderung') basiert auf der Annahme, dass eine einzelne Theorie des Gesundheitsverhaltens bzw. dessen Veränderung nicht die gesamte Komplexität von Verhaltensänderungen erfassen kann und dass Elemente unterschiedlicher Theorien in ein umfassendes Modell integriert werden sollten. Darüber hinaus wird anders als in statischen Modellen die zeitliche Perspektive explizit berücksichtigt. Das Modell fokussiert weniger auf Ursachen eines bestimmten Verhaltens als auf Stadien bzw. Prozesse, die zu einer Verhaltensänderung führen. Es wird angenommen, dass Verhaltensänderungen eine zeitlich geordnete Sequenz diskreter, qualitativ unterschiedlicher Phasen durchlaufen (Sniehotta, F. 2002; Tabelle 46).

231. Veränderungsstrategien beschreiben, wie eine Veränderung stattfindet bzw. welche Strategien nötig sind, um auf die nächste Stufe zu gelangen. Dabei können kognitive (Bewusstmachung des Problems, Reevaluation der persönlichen Umwelt, Selbstbewertung, Wahrnehmen

Tabelle 46

Stadien der Veränderung im ‚transtheoretischen Modell'

Stadium	Aufgabenstellung/Situation
Sorglosigkeit (*precontemplation*)	Keine Intention zur Veränderung eines spezifischen Problemverhaltens. Mögliche Ursachen sind ein Mangel an relevanten Informationen, fehlendes Problembewusstsein, fehlende soziale Unterstützung. Ggf. aber Erkenntnis potenzieller Gefahren des Gesundheitsverhaltens. Stabile Stufe, die ggf. ohne Intervention nicht verlassen wird.
Erwägung (*contemplation*)	Betroffene setzen sich mit ihrem Risikoverhalten auseinander, stehen Veränderungen aber ambivalent gegenüber („*knowing where you want to go, but not quite ready yet*"). Suche nach weiteren Informationen oder Entscheidungshilfen. Die Dauer dieses Stadiums kann zwischen kurz und lebenslang (mit Ausbleiben von Konsequenzen) variieren.
Entschluss oder Vorbereitung zur Veränderung (*preparation*)	Positive Einschätzung des Verhältnisses von Nutzen und Aufwand einer Verhaltensänderung und der praktischen Umsetzbarkeit, ggf. Suche nach zusätzlicher Entscheidungsunterstützung. Entscheidung zur Veränderung ist im Prinzip aber gefasst. Kategorisierung von Personen in diese Stufe häufig dann, wenn die feste Absicht geäußert wird, in den nächsten 30 Tagen das Zielverhalten zu ändern oder wenn bereits erste Schritte unternommen wurden. Durchgangsstufe mit geringerer Stabilität als die vorhergehenden Stufen. Empfänglichkeit für konkrete Angebote zur Unterstützung der Verhaltensänderung, z. B. Gewichtsreduktionsprogramme, Nichtrauchertrainings, Angebote von Fitness-Studios etc.
Durchführung der Veränderung (*action*)	Setzen von Zielen, Planung und Umsetzung. Problematisches Verhalten wird abgebaut, ggf. Inanspruchnahme von Unterstützung und Belohnung. Aktivste Phase im Veränderungsprozess, aber Gefahr eines Rückfalls in vorgelagerte Stufen.
Beibehaltung der Veränderung (*maintenance*)	Gesundheitsbewusstere Lebensweise wird perpetuiert, d. h. Aufrechterhaltung über einen Zeitraum von i. d. R. zumindest sechs Monaten; im Erfolgsfall langfristige Stabilisierung.

Quelle: Eigene Darstellung nach Naidoo, J. u. Wills, J. (2003), Nutbeam, D. u. Harris, E. (2001)

von förderlichen Umweltbedingungen) und verhaltensorientierte Strategien (Selbstverpflichtung, Kontrolle von Stimuli, Nutzung von unterstützenden sozialen Beziehungen, Belohnungs- bzw. Selbstbelohnungsstrategien) unterschieden werden.

Die in Tabelle 46 beschriebenen Stadien werden nicht zwangsläufig in linearer Ordnung durchlaufen. Auf jeder Stufe sind Rückschritte möglich, die aber konstruktiv verarbeitet werden und zum Einsatz alternativer Strategien führen können, so dass Rückfälle zum Bestandteil einer spiralförmigen Bewegung werden, an deren Ende die erwünschte Verhaltensänderung steht (Naidoo, J. u. Wills, J. 2003).

232. In der Beratung bzw. Betreuung von Individuen tragen bestimmte stadienspezifische Aktivitäten zum Erreichen der jeweils höheren Stufe bei, wie Tabelle 47 am Beispiel einer hausärztlichen Beratung bei Übergewicht illustriert.

Um eine Operationalisierung des Modells in verschiedenen Kontexten zu erleichtern, wurden für die einzelnen Stufen auch Subskalen entwickelt (Nutbeam, D. u. Harris, E. 2001).

233. Das Konzept von Stufen der Veränderung fand u. a. in die Suchtberatung Eingang, so in das *motivational interviewing*, in dem Elemente der Gesprächsführung an den einzelnen Stufen anknüpfen. Die vergleichsweise klare Struktur erlaubte auch die Entwicklung von computergestützten Expertensystemen, die in Abhängigkeit von den Antworten der befragten Personen Textbausteine zusammenstellen und zurückmelden, um auf diese Weise eine motivationsorientierte und maßgeschneiderte Ansprache zu erreichen. Gute Ergebnisse erzielte dieses Vorgehen in der Raucherentwöhnung (Keller, S. 2002).

234. Gründe bzw. Anlässe für den Entschluss zur Verhaltensänderung, z. B. in anderen Modellen enthaltene Faktoren wie soziale Normen, *peer pressure*, soziostrukturelle Gegebenheiten, Veränderungen auslösende Ereignisse etc., werden nicht explizit in ihren Auswirkungen auf den Übergang zwischen einzelnen Stadien betrachtet. Sie können aber den Fortschritt von Individuen bzw. von Bevölkerungsgruppen im Sinne des Modells unterstützen oder behindern. Weiterhin können primärpräventive Interventionen z. B. in der Gesundheitskommunikation auf bestimmte Stadien zugeschnitten werden (Murphy, S. u. Bennet, P. 2002).

Tabelle 47

Anwendung des Modells der Stadien der Veränderung durch Hausärzte am Beispiel Übergewicht

Stadium der Veränderung	Problem	Aktivität des Hausarztes
Erstbetrachtung	Bewusstmachung	Diskutiert mit dem Patienten die mit dem Übergewicht verbundenen Gesundheitsprobleme.
Erwägung	Erkennen des Nutzens einer Verhaltensänderung	Diskutiert mit dem Patienten die Vorteile der vorgeschlagenen Änderung seines Verhaltens.
Entschluss oder Vorbereitung	Identifizierung von Verhaltensbarrieren	Unterstützt den Patienten bei der Erkennung seiner Verhaltensbarrieren und deren Überwindung.
Handlung	Programm zur Verhaltensänderung	Arbeitet mit dem Patienten einen Plan zur Gewichtsreduktion und Bewegung aus und überwacht dessen Umsetzung.
Beibehaltung	Nachfassen	Organisiert Routinebesuche und diskutiert mit dem Patienten die Gefahren eines Rückfalls.

Quelle: Nutbeam, D. u. Harris, E. (2001)

4.3.6 Gesundheitspsychologische Modelle und Präventionspolitik

235. Gesundheits- bzw. sozialpsychologische Modelle des Verhaltens und der Verhaltensmodifikation unterscheiden sich in ihrer Fokussierung und in den Grenzen ihrer Aussagekraft. Sie setzen sich stets aus einer limitierten Auswahl an Variablen zusammen und bilden nicht sämtliche Einflussfaktoren auf das gesundheitsrelevante Verhalten ab. Die Modelle sind zwar prinzipiell für weitere Einflussfaktoren, z. B. soziostruktureller bzw. sozioökonomischer Art, offen, beziehen diese aber oft nicht explizit bzw. in ihrer Komplexität ein, obwohl zwischen risikoerhöhenden Verhaltensmustern und sozioökonomischen Rahmenbedingungen ein empirischer Zusammenhang besteht. Die Verknüpfung der gesundheitspsychologischen Forschung und Modellbildung mit Befunden zum Einfluss sozialer und insbesondere sozialschichtspezifischer Variablen auf das gesundheitsrelevante Verhalten könnte weitere wichtige Fortschritte im Hinblick auf die Treffsicherheit und Wirksamkeit der Primärprävention erbringen.

236. Interventionen, die auf Modellen zur Verhaltenserklärung und -beeinflussung basieren, zielen zumeist auf verhaltensgebundene ‚Risikofaktoren' wie Tabak- und Alkoholkonsum, Bewegungsmangel und Fehlernährung. Dabei wird mitunter vernachlässigt, dass objektiv gesundheitsschädliche Verhaltens- bzw. Konsummuster aus der Perspektive des Betroffenen eine Bewältigungsstrategie im Umgang mit Stressoren sein können, weil ‚Gesundheit' bzw. der zukünftige Gesundheitsstatus nicht oder nicht durchgängig ein primäres Ziel oder entscheidendes Kriterium menschlichen Verhaltens ist.[52] Bei Kindern und Jugendlichen kann ‚Risikoverhalten' ein Ausdruck bzw. eine Begleiterscheinung von Entwicklungsphasen und ggf. -krisen sein. Interventionen, die nur auf das ‚Risikoverhalten' zielen, ohne auf dessen Stellenwert in den jeweiligen Lebensvollzügen Bezug zu nehmen, stellen Eingriffe in das Bewältigungsverhalten dar, vermindern aber nicht die zu bewältigenden Belastungen. Sie vermitteln überdies keine alternativen Handlungsstrategien zur Problembewältigung (Hurrelmann, K. 2000).

237. Der Begriff der Salutogenese bündelt in seinem erweiterten Gebrauch Vorstellungen zur gesundheitsstabilisierenden Wirkung von in der individuellen Persönlichkeit verankerten psychologischen Kräften und Ressourcen, welche die Lebensgestaltung und Prozesse des Krank- und Gesundwerdens immanent begleiten. Gleichwohl handelt es sich um ein umschriebenes Modell, das auf psychologische Grundlagen fokussiert, die dazu führen, dass Menschen auf unterschiedliche Weise von Gesundheit und Krankheit betroffen werden. Dabei werden die im salutogenetischen Modell dargestellten Faktoren als protektiv für den Erhalt und die Wiedererlangung von Gesundheit gewertet. Eine kritische Überprüfung bzw. Weiterentwicklung des Modells scheint sowohl in theoretischer als auch in empirischer Hinsicht fruchtbar und wird empfohlen.

[52] Über den zukünftigen Gesundheitsstatus sind bestenfalls Wahrscheinlichkeitsaussagen möglich, so dass die langfristigen Auswirkungen bestimmter Verhaltens- bzw. Konsummuster im Einzelfall nicht näher bestimmt werden können.

238. Das Salutogenesemodell hebt auf kognitive Aufgaben und Herausforderungen ab. Aus dem Modell lässt sich die Forderung ableiten, Menschen in die Lage zu versetzen, das Sinn- und Wertgefüge ihres Lebens explizit wahrzunehmen, zu gestalten und weiterzuentwickeln. Dadurch könnten sich auch Zugänge zu dem Problemfeld der Krankheitshäufung in sozial benachteiligten Schichten ergeben, indem sinnstiftende Lebensperspektiven aufgebaut und durch neue Bewertungen dem Leben und der Gesundheit ein höherer Wert beigemessen werden.

239. Eine einheitliche wissenschaftliche Theorie des gesundheitlich relevanten Verhaltens müsste Erkenntnisse aus zahlreichen wissenschaftlichen Disziplinen, u. a. aus der Anthropologie, Biologie, Medizin, Psychologie und aus den Geistes-, Sozial- und Wirtschaftswissenschaften verarbeiten (vgl. Smedley, B.D. u. Syme, S.L. 2001; Institute of Medicine 2001). Wissenschaftliche Ansätze zur Verhaltenserklärung, -modellierung und -beeinflussung z. B. in der Sozialpsychologie und in den Wirtschaftswissenschaften unterscheiden sich z. T. deutlich (Frey, B.S. u. Benz, M. 2001). In Ermangelung eines disziplinenübergreifenden und empirisch abgesicherten theoretischen Bezugsrahmens bedarf es in der Praxis der Prävention einer sorgfältigen Evaluation und Qualitätssicherung von Interventionen. Eine für die Erarbeitung von Interventionsstrategien hilfreiche Analyse der Ausgangssituation muss die Interdependenzen zwischen individuellen Ressourcen bzw. Belastungsfaktoren und kontextspezifischen Optionen und Restriktionen berücksichtigen (Siegrist, J. 2003).

240. Psychosoziale Einflussfaktoren können den Gesundheitsstatus nicht nur indirekt über risikoerhöhende Verhaltensweisen, sondern auch direkt über biologische Mechanismen beeinflussen (Institute of Medicine 2001). Die Lebens- und Arbeitsbedingungen haben auch aus diesem Grund und nicht nur wegen ihres möglichen Einflusses auf die Annahme gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen und auf die Wahrscheinlichkeit von Unfällen und Verletzungen bzw. aufgrund von Belastungen in der natürlichen Umwelt Bedeutung für die Primärprävention.

241. Für die Präventionspolitik ergibt sich aus der Bedeutung gesundheitsrelevanter Kontextfaktoren des Verhaltens die Schlussfolgerung, dass vergleichsweise komplexe Ansätze wie der Setting-Ansatz, der eine Verbindung von spezifischen Interventionen zum Abbau bestimmter Belastungen mit unspezifischen Interventionen (Vermehrung individueller und sozialer Ressourcen, Organisationsentwicklung etc.) ermöglicht, konzeptionell engeren Ansätzen häufig überlegen sind.

4.4 Gesundheitskommunikation, soziales Marketing und Präventionskampagnen

4.4.1 Gesundheitskommunikation

4.4.1.1 Ziele und Formen der Gesundheitskommunikation

242. Die Gesundheitskommunikation kann die Verfügbarkeit von sowie die Nachfrage nach gesundheitsrelevanter Information und die individuelle Motivation bzw. die Bildung von Verhaltensintentionen prinzipiell beeinflussen. Die Aufnahme von Informationen, ihr Verständnis und die Umsetzung von Intentionen werden aber durch fördernde oder hemmende Rahmenbedingungen des Verhaltens, u. a. durch individuelle Ressourcen und durch die jeweiligen Kontextbedingungen, geprägt.

243. Gesundheitskommunikation kann mittels linearer Kommunikationsmodelle, in denen ein Sender eine bestimmte Botschaft an einen Empfänger übermittelt, oder mittels konvergenter Modelle mit interaktivem Charakter beschrieben werden (Hurrelmann, K. u. Leppin, A. 2001). Darüber hinaus wird zwischen direkter, personaler Kommunikation wie z. B. in der Patient-Arzt-Interaktion, Massenkommunikation von Gesundheits- und Krankheitsinformationen und interaktiver Kommunikation mit Hilfe von Gesundheitstelematik und *E-Health* unterschieden. Die Interaktion zwischen Patient und Arzt bietet eine Möglichkeit, statistisch-epidemiologische Risikoinformationen in einer auf Individuen zugeschnittenen Form zu kommunizieren. Das Potenzial einer primärmedizinisch bzw. hausärztlich orientierten Versorgung besteht u. a. darin, in Kenntnis der Lebensumstände und Verhaltensweisen des Patienten bzw. Klienten gezielt Hinweise und Hilfestellungen aus einer präventiven Perspektive vermitteln zu können. Direkte Gesundheitskommunikation findet auch in Form von Informations- und Edukationsangeboten durch Beratungsstellen, Apotheken, Einrichtungen der Krankenkassen und Verbraucherverbände statt.

244. Die direkte Arzt-Patient-Kommunikation war in der Vergangenheit eine Hauptachse der Gesundheitskommunikation, deckt aber inzwischen nur noch einen Ausschnitt der gesamten gesundheitsrelevanten Kommunikation ab. Dagegen haben andere Beratungsangebote und massenmediale Vermittlungsformen einen größeren Anteil am gesundheitsbezogenen Informationsangebot gewonnen (Hurrelmann, K. u. Leppin, A. 2001; Gutachten 2003, Band I, Ziffer 274ff.).

4.4.1.2 Massenmedien und Primärprävention

245. Massenmedien und die dort platzierte Werbung sind eine Informationsquelle über Produkte und Dienstleistungen, deren Konsum den Gesundheitszustand beeinflussen kann. Dabei verstärkt die Produktwerbung oft bestehende Neigungen, während aus der Perspektive der Primärprävention z. T. versucht werden müsste, bestehenden Neigungen bzw. Konsumwünschen entgegenzuwirken und einen Konsumverzicht zu bewirken. Über produktbezogene Informationen hinaus transportieren Massenmedien, vor allem TV und Kino, Lebensbilder und -stile und Rollenmodelle. So werden z. B. in der Zigarettenwerbung bei Zielgruppen positiv besetzte Lebensstile und Rollenbilder mit dem beworbenen Produkt assoziiert. Das *product placement* verknüpft werbende Informationsvermittlung mit attraktiver Unterhaltung, um auf diese Weise die Aufnahmebereitschaft für werbende Botschaften zu erhöhen. Damit stellt sich die Frage, ob und in wie weit in Kooperation mit Kommunikationsexperten sowie der Film- bzw. Unterhaltungsindustrie Kommunikationsstrategien entwickelt werden können, die für

bestimmte Zielgruppen attraktive Lebensstile, Rollen- oder Konsummodelle mit aus primärpräventiver Perspektive sinnvollen Verhaltensmustern verbinden.

246. Medien werden seit vielen Jahrzehnten und ansatzweise sogar seit Jahrhunderten dazu genutzt, um gezielt Informationen über gesundheitsdienliche Verhaltens- und Konsummuster zu transportieren (Böning, H. 2000; Schmidt, U. 2000). Massenmedien können nach dem heutigen Wissensstand

– die Öffentlichkeitswirksamkeit von Gesundheitsthemen erhöhen,

– einfache Botschaften vermitteln und

– dazu beitragen, Verhalten zu verändern, wenn andere Faktoren wie ein geeignetes Lebensumfeld diese Verhaltensänderung unterstützen bzw. wenn der Veränderung keine größeren Hindernisse entgegenstehen (Naidoo, J. u. Wills, J. 2003).

Die Bedeutung von Massenmedien für die Primärprävention wird mitunter kritisch bewertet. Ihr Einsatz sei „selbst bei Anwendung hochentwickelter Methoden der Markt- und Zielgruppenforschung ein ziemlich stumpfes Instrument mit wenig Möglichkeiten zur Rückmeldung oder Klarstellung." (Naidoo, J. u. Wills, J. 2003.; vgl. Wallack, L. 2001). Dennoch ist die Anwendung innovativer Kommunikations- bzw. Public Relations-Konzepte zur Stärkung der Primärprävention notwendig. Primärpräventive Interventionen sollten PR-Instrumente aber im Rahmen eines Gesamtkonzepts z. B. für eine ‚Mehr-Ebenen'-Kampagne, die sich nicht auf die Vermittlung gesundheitsrelevanter Informationen beschränkt, einsetzen.

247. ‚Neue Medien' bieten gegenüber den traditionellen Massenmedien verbesserte Möglichkeiten der Interaktion zwischen Sender und Empfänger. Potenzial hat aufgrund der inzwischen hohen und weiter steigenden Verbreitung vor allem das Internet, soweit Probleme der Qualitätssicherung gelöst werden (Gutachten 2003, Band I, Ziffer 310ff.) und die Zielgruppen primärpräventiver Interventionen dieses Medium auch nutzen (vgl. Brechtel, Th. 2004). Im Vergleich zu herkömmlichen Massenmedien können Informationsangebote im Internet präziser nach Ausgestaltung, Umfang und Zeitpunkt der Bereitstellung auf die jeweilige Informationsnachfrage bzw. auf den Informationsbedarf zugeschnitten werden.

248. Massenmedien tragen nicht nur zur Diffusion von gesundheitsrelevanten Informationen und Innovationen (MacDonald, G. 2002) bei, sondern beeinflussen auch die Freizeitgestaltung mit z. T. unerwünschten Konsequenzen wie exzessivem TV-Konsum (vgl. Abschnitt 4.4.4.4). Sie können darüber hinaus Einfluss auf die Entwicklung gesellschaftsprägender sozialer Normen mit möglichen Konsequenzen für gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensmuster, auf die soziale Kohäsion und auf den Aufbau von ‚Sozialkapital' nehmen (Wallack, L. 2001).

4.4.2 Soziales Marketing

249. Seit den 1950er Jahren wurden Instrumente des kommerziellen Marketing auch für nicht-kommerzielle Zwecke eingesetzt (*social marketing*). Die zum Instrumentarium des kommerziellen Marketing zählenden Handlungsfelder *product*, *price*, *promotion* und *place* (4P) nehmen bei einer Nutzung für primärpräventive Zwecke aber z. T. eine andere Bedeutung an (Lefebvre, C. 2002; Naidoo, J. u. Wills, J. 2003, Pott, E. 2003).

250. Einzelne Aspekte von gesundheitsfördernden bzw. das Krankheitsrisiko reduzierenden Lebens-, Verhaltens- und Konsumstilen entsprechen im präventionsbezogenen *social marketing* den ‚Produkteigenschaften' (*product*). Als Produkt dieser Interventionen lässt sich, ungeachtet des Gesundheitsverständnisses und der Messbarkeit von ‚Gesundheit', der erzielbare Nutzen im Sinne eines verbesserten Gesundheitszustands, der dadurch erreichten Lebensqualität oder der sozialen Teilhabe bzw. Produktivität definieren. Dieser Nutzengewinn muss gegenüber den Adressaten einer Intervention auch kommuniziert werden (Lefebvre, C. 2002). Bei dem ‚Produkt' kann es sich weiterhin um Dienstleistungen wie eine Impfung, ein ärztliches Beratungsgespräch oder um die Beratung zur Organisationsentwicklung in einem Setting (Betrieb, Verwaltung, Stadtteil oder Quartier, Schule, Krankenhaus) handeln. In der Planung von Interventionen gehören die Konkretisierung von Angeboten und Bereitstellung von Personal sowie ggf. Räumlichkeiten, aber auch Mitwirkungsmöglichkeiten der Zielgruppe zu den Produkt-Charakteristika. Daher wird eine ‚Produktbeschreibung' in der Primärprävention weitaus komplexer als im kommerziellen Konsumgütermarketing ausfallen.

251. Die für die Informationsbeschaffung und -verarbeitung aufgewandte Zeit, der Nutzenverlust, der mit einer Änderung des Konsumverhaltens bzw. mit einem Konsumverzicht verbunden ist, und ein privat zu tragender finanzieller Aufwand gehören zu den möglichen Opportunitätskosten der Nutzung primärpräventiver Angebote bzw. einer Veränderung von Verhaltensweisen (*price*). Dieser Kategorie lässt sich auch die Überwindung von bestehenden sozialen, z. B. durch fehlende Unterstützung oder *peer pressure* verursachten, und anderen z. T. sozialschichtspezifischen Barrieren und Widerständen zurechnen (vgl. Abschnitt 4.2.1 und 4.3).

252. Entscheidungen über prioritär mit Angeboten zu versorgende Regionen, Städte oder Stadtteile sind Elemente einer regionalen ‚Vertriebspolitik' (*place*). Um einer gezielten Platzierung primärpräventiver Angebote willen sind Sprachbarrieren und kulturelle Normen, u. a. bei Personen mit ‚Migrationshintergrund', zu berücksichtigen. Das Ziel ist ein niedrigschwelliger Zugang zu den entsprechenden Angeboten. Dabei muss ggf. neben der Übermittlung von Informationen auch die Verfügbarkeit von bestimmten Dienstleistungen oder Produkten (z. B. Jodsalz für die Jodprophylaxe) gewährleistet werden.

253. Instrumente der Kommunikationspolitik (*promotion*) beinhalten die Arbeit mit Printmedien, audiovisuel-

len Medien wie TV und neuen digitalen Medien wie dem Internet, personale Kommunikation und, in Abhängigkeit von der Zielgruppe und Intervention, weitere Instrumente der Öffentlichkeitsarbeit. Die in Betracht kommenden Kommunikationskanäle sollten sorgfältig analysiert (*channel analysis*; Lefebvre, C. 2002) und im Hinblick auf ihre Eignung für die jeweilige Zielgruppe ausgewählt werden.

254. Ein zentraler Bestandteil des sozialen wie des kommerziellen Marketing und zugleich eine Voraussetzung für eine effektive Nutzung des *social marketing* für die Ziele der Primärprävention ist eine sorgfältige Zielgruppenbestimmung. Eine konsequente Zielgruppenorientierung erscheint schon deshalb geboten, weil empirische Befunde zu Unterschieden in den Gesundheitsbelastungen und -ressourcen zwischen sozialen Schichten und Bevölkerungsgruppen vorliegen (House, J.S. u. Williams, D.R. 2001). Zudem sind weitere Einflussfaktoren wie kulturelle Prägungen bei Einwanderern aus einem nichtwestlichen Kulturkreis, unterschiedliche Lebensphasen, regionale Besonderheiten und andere die Lebenslage bestimmende Faktoren zu berücksichtigen (vgl. Badura, B. 2003; Elkeles, Th. 2003; Kolip, P. 2003; Palentien, C. 2003; Pfäfflin, M. u. Pöld-Krämer, S. 2003; Razum, O. u. Geiger, I. 2003). Durch eine sorgfältige Zielgruppenforschung und eine Interventionsplanung, die sich an den Lebenslagen, am Bedarf und an den Interessen der Zielgruppe orientiert und den Adressaten der Intervention Möglichkeiten der Partizipation in der Programmentwicklung einräumt, unterscheidet sich das soziale Marketing von eher ungezielten Informations- und Aufklärungskampagnen.

4.4.3 Präventionskampagnen

255. Eine Kampagne zur Primärprävention ist eine systematisch geplante Kombination von Maßnahmen bzw. Einzelprojekten zur Erreichung gesundheitsbezogener Ziele für die Gesamtbevölkerung oder definierte Zielgruppen (Töppich, J. 2004). Unter Kampagnen werden in der Praxis der Prävention aber oft lediglich Informations-, Aufklärungs- und Motivationsaktivitäten, die auf eine Kommunikation von gesundheitsrelevanten Informationen und auf die Bildung gesundheitsdienlicher Intentionen zielen, verstanden. Umfassendere Kampagnen nutzen zwar auch Instrumente der Gesundheitskommunikation bzw. des *social marketing*, bedienen sich aber darüber hinaus eines breiteren Spektrums an Strategien und Instrumenten vor allem mit Kontextbezug. Sie können auf unterschiedlichen Wissens- und Interventionsebenen ansetzen:

– bei individuellen verhaltensbezogenen Belastungsfaktoren und Ressourcen (Verhaltensprävention u. a. durch gesundheitsbezogene Kommunikation, soziales Marketing, Weiterentwicklung von Bildungsangeboten durch unterschiedliche Träger),

– bei sozialen Beziehungen und Netzwerken (Interventionen mit Gemeindebezug bzw. regionalem Bezug, z. B. gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit, Förderung von Selbst- und Krisenhilfe, Bildungs- und Beratungsangeboten sowie primärer Gesundheitsversorgung),

– bei Interventionen nach dem Setting-Ansatz (Gestaltung von ‚Lebenswelten'), z. B.:

  a) Setting Stadt und Gemeinde (Interventionen im Lebens- bzw. Wohnumfeld, Verankerung von Gesundheitszielen in der Kommunalpolitik),

  b) Setting Betriebe und Verwaltungen (gesundheitsdienliche Gestaltung der Arbeitsumgebung, Organisationsentwicklung in Institutionen),

  c) Setting Kindergarten, Kindertagesstätte, allgemein bildende und berufliche Schulen, ggf. Hochschule (Interventionen in Bildungseinrichtungen),

  d) Setting Krankenhaus, Alten- und Pflegeheim (Interventionen in Gesundheits- und Sozialeinrichtungen) sowie

– bei sozioökonomischen Rahmenbedingungen (vor allem Wirtschafts-, Arbeitsmarkt-, Sozial- und Bildungspolitik).

‚Mehr-Ebenen-Kampagnen' zielen darauf ab, der Vielzahl der bekannten Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit Rechnung zu tragen, in dem sie Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen miteinander kombinieren und dadurch Synergieeffekte ermöglichen (vgl. Kaplan, G.A. et al. 2001; Smedley, B.D. u. Syme, S.L. 2001).

256. In Deutschland wurden bisher wenige Präventionskampagnen durchgeführt, u. a. eine erfolgreiche Kampagne zum Sicherheitsgurt in den 1960er Jahren (Vieth, P. 1988), die ‚Trimm Dich'-Kampagne seit den 1970er Jahren (Wopp, Chr. 1995; Mörath, V. 2005), für die aber gesundheitsbezogene Evaluationen nicht vorliegen, und die HIV/AIDS-Kampagne seit den 1980er Jahren mit Erfolgen in zentralen Zielgruppen (Rosenbrock, R. 1994). Dabei wirft allerdings eine Wiederzunahme riskanter Verhaltensweisen in den letzten Jahren die Frage auf, ob mit der AIDS-Kampagne ein zeitlich stabiler Erfolg im Sinne einer dauerhaft reduzierten Inzidenz erreicht wurde. Mögliche Ursachen für ein Nachlassen des Erfolgs sind Ermüdungs- und Abnutzungserscheinungen einer seit bald 20 Jahren laufenden Kampagne, nachlassene Präventionsanstrengungen, eine geringere Medienpräsenz des Themas, verbesserte Therapien, weniger persönliche Begegnungen mit AIDS-Kranken und Sterbenden sowie der Umstand, dass der ursprüngliche Erfolg der Kampagne in den 1980er Jahren auch in einer von den Zielgruppen wahrgenommenen Verbindung des Themas ‚Prävention' mit einer möglichen Bedrohung von Bürgerrechten begründet war (Rosenbrock, R. 2002a).

Über diese Kampagnen hinaus wurden reine Informations- und Motivationskampagnen ohne einen expliziten Zielgruppen- und Kontextbezug initiiert, die vergleichsweise einfach zu organisieren und deren Kosten relativ niedrig sind, für deren Effektivität aber keine belastbaren Belege vorliegen.

4.4.4 Elemente primärpräventiver Kampagnen zu prioritären Gesundheitsproblemen

4.4.4.1 Priorisierung von Gesundheitsproblemen

257. Eine Konzentration auf einige spezifische Gesundheitsprobleme trägt den Anliegen und Ansätzen der Primärprävention insofern nicht vollständig Rechnung, als auch die Entwicklung bzw. Vermehrung von personalen, sozialen und materiellen Ressourcen und damit die Kapazität zur individuellen Bewältigung von Belastungen und Risiken ohne einen konkreten Bezug zu spezifischen ‚Risikofaktoren' oder Krankheiten ein integraler Bestandteil der Primärprävention ist. Dennoch können mehrere Gesundheitsprobleme, die für eine (ggf. zeitversetzte) Implementation von primärpräventiven ‚Mehr-Ebenen'-Kampagnen in Betracht kommen, benannt werden. Eine Priorisierung von ‚Risiko'- bzw. Belastungsfaktoren kann z. B. ansetzen:[53]

- am Ausmaß von Gesundheitsproblemen (z. B. Prävalenz eines ‚Risikofaktors' oder einer Krankheit, Krankheitskosten, Krankheitslast),
- an der Evidenz zur Wirksamkeit von Interventionen und
- an der praktischen Umsetzbarkeit.

[53] Zur Priorisierung von Präventionsmaßnahmen vgl. SB 1994, Ziffer 235ff. und Gutachten 2000/2001, Bd. I, Ziffer 140 ff.

258. Für einzelne Gesundheitsprobleme, vor allem Tabak- und Alkoholkonsum, wurden Angaben zu den Krankheitskosten bzw. ‚volkswirtschaftlichen Kosten' publiziert. Nach dem Jahrbuch Sucht (2003) erreichen die ‚volkswirtschaftlichen Kosten' tabakbedingter Krankheiten und Todesfälle eine Höhe von ca. 17,3 Mrd. €, die Kosten alkoholbezogener Krankheiten ohne Berücksichtigung von Kriminalität und intangiblen Kosten eine Höhe von ca. 20,6 Mrd. €. Wegner, C. et al. (2004) ermittelten auf der Grundlage von Daten des Jahres 1999 für Deutschland einen dem Tabakkonsum zuschreibbaren Verlust von 607 393 Erwerbstätigkeits- bzw. Arbeitsjahren. Die entsprechenden ‚Produktionsausfallkosten' wurden mit 14,5 Mrd. € beziffert. Davon entfallen 4,5 Mrd. € auf vorzeitige Mortalität, 5,8 Mrd. € auf Erwerbsunfähigkeit und 4,2 Mrd. € auf Arbeitsunfähigkeit. Weiterhin wurde ein ‚volkswirtschaftlicher Schaden' in Höhe von 0,74 % des Bruttosozialprodukts errechnet (Wegner, C. et al. 2004). In einer Krankheitskostenstudie von Welte, R. et al. (2000) erreichten die Produktivitätsverluste im Bezugsjahr 1993 eine Höhe von 12,5 Mrd. €. Das Robert Koch-Institut (2002a) schätzte die Kosten alkoholassoziierter Krankheiten in Deutschland auf knapp 40 Mrd. DM.

Zwar steht die präventionspolitische Bedeutung von Risikofaktoren wie Rauchverhalten und Alkoholabusus außer Zweifel, doch bedürfen quantitative Angaben zur Relevanz von Gesundheitsproblemen einer Interpretation (vgl. Exkurs).

Exkurs: Quantifizierung von Krankheitskosten und Krankheitslast

Maße der deskriptiven Epidemiologie

259. Eine erste Einschätzung der sozioökonomischen Relevanz von Krankheiten ergibt sich aus ihrer Verbreitung (Prävalenz) oder der Häufigkeit ihres (Neu-) Auftretens innerhalb eines definierten Zeitraums (Inzidenz). Die Datenlage zur Prävalenz und Inzidenz ist in Deutschland aber selbst für verbreitete ‚Volks-' bzw. ‚Zivilisationskrankheiten' lückenhaft. Bei chronischen Krankheiten hängen Krankheitslast und Krankheitskosten auch von dem Krankheitsstadium ab; verlässliche stadienbezogene Daten zur Prävalenz bzw. Inzidenz sind aber zumeist nicht verfügbar.

Berechnung von Krankheitskosten

260. In Krankheitskostenstudien lassen sich prinzipiell direkte, indirekte und ‚intangible' Kosten unterscheiden. Direkte Kosten bezeichnen den Ressourceneinsatz für Kuration, Rehabilitation und Pflege. Indirekte Kosten entsprechen dem Produktions- bzw. Einkommensausfall, der aufgrund von Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit entsteht. ‚Intangible' Kosten entstehen durch die mit einer Krankheit verbundene Einschränkung der Lebensqualität des Erkrankten und seines sozialen Umfeldes. Die Berechnung dieser drei unterschiedlichen Kostenkategorien ist mit jeweils eigenen und z. T. erheblichen methodischen Problemen verbunden.

261. Bei der Berechnung direkter Kosten kann ein ‚*Top-Down*'- oder ein ‚*Bottom-Up*'-Verfahren gewählt werden. Das Statistische Bundesamt verwendet für seine Krankheitskostenrechnung ein ‚*Top-Down*'-Verfahren. Die anfallenden Ausgaben werden bei diesem Ansatz Krankheiten bzw. Diagnosen zugeordnet. Ein Problem besteht dabei in der Berücksichtigung von Multimorbiditäten (Statistisches Bundesamt 2004). Bei einem ‚*Bottom-Up*'-Verfahren geht die Berechnung von den einzelnen Krankheiten aus. Bei beiden Verfahren stellt sich die Frage, inwieweit, im Hinblick auf die Preisbildung und die Praxis der Budgetierung, Gesundheitsausgaben den erforderlichen Ressourceneinsatz für die Versorgung von Krankheiten abbilden bzw. inwieweit die eingesetzten Verfahren effektiv und aus professioneller Sicht im individuellen Fall angemessen sind, ob sie effizient erbracht werden und ob allokative Effizienz angenommen werden kann.

Die Aussagekraft von Preisen im Gesundheitssystem ist u. a. dadurch begrenzt, dass es sich oft um administrierte bzw. auf Verbandsebene ausgehandelte Preise handelt. Die Preisermittlung wird durch unzureichende Transparenz und einen z. T. eingeschränkten Wettbewerb beeinflusst. Auch aufgrund bestehender Versicherungsverhältnisse findet eine der Preisfindung auf anderen Märkten entsprechende Nutzenbewertung von der Nachfrageseite her nicht statt. Unter diesen Voraussetzungen spiegeln die Relativpreise, die in die Berechnung direkter Krankheitskosten eingehen, nicht die tatsächlichen Opportunitätskosten des Ressourceneinsatzes wider. Die Ressourcenallokation im Gesundheitssystem folgt de facto nur sehr eingeschränkt epidemiologischen Kriterien (Budgets werden i. d. R. nicht explizit für die Diagnostik, Kuration und Rehabilitation bestimmter Krankheiten vereinbart), so dass die Zuordnung von Ausgaben zu Krankheiten oder Risikofaktoren nur z. T. begründbar ist. Weiterhin stellt sich bei der Zuordnung von Ausgaben die Frage, ob Hinweise auf eine Über- oder Fehlversorgung bzw. auf eine ‚angebotsinduzierte Nachfrage' berücksichtigt werden sollten.

Um die durch einzelne Risikofaktoren verursachten Kosten zu berechnen, müssen zusätzlich die Krankheitskosten den Risikofaktoren zugeordnet werden. Dazu bedarf es belastbarer Ergebnisse zur Höhe der relativen Risiken in Bezug auf die berücksichtigten Krankheiten. Bei einzelnen Risikofaktoren, vor allem dem Tabakkonsum, sind zahlreiche Krankheiten zu berücksichtigen.

262. Zur Quantifizierung indirekter Krankheitskosten wird zumeist der ‚Humankapitalansatz' verwendet, um den Produktionsausfall aufgrund von Krankheit zu erfassen. Dieser Ansatz wird in der gesundheitsökonomischen Literatur z. T. sehr kritisch bewertet (vgl. Breyer, F. et al. 2003). Ein wesentlicher Kritikpunkt an diesem Ansatz wie auch an dem ‚Friktionskostenansatz' ist, dass nur auf dem Arbeitsmarkt angebotene Leistungen und entsprechende Produktionsausfälle berücksichtigt werden. Trotz der Probleme bei der Anwendung dieses oder alternativer Ansätze kann der Verzicht auf eine Berechnung der indirekten Krankheitskosten zu einer Unterschätzung der Krankheitsfolgen, der Belastung durch Risikofaktoren oder der Bedeutung präventiver Interventionen führen. Für Arbeitgeber stellen die indirekten Krankheitskosten einen Anreiz dar, in die betriebliche Gesundheitsförderung und den Arbeitsschutz zu investieren.

263. Die Quantifizierung intangibler Kosten unterbleibt in Krankheitskostenstudien zumeist ganz. Dieses Vorgehen steht im Widerspruch zu der Tatsache, dass diese Kosten aus der Perspektive der Betroffenen vermutlich die entscheidende Kostenkategorie darstellen, zur Praxis gesundheitsökonomischer Evaluationen, in die subjektiv empfundene Lebensqualitätsgewinne und -verluste eingehen, und zur ökonomischen Theorie, die i. d. R. auf individuelle Wertungen abstellt. Die Nicht-Berücksichtigung intangibler Kosten in zahlreichen Krankheitskostenstudien bedeutet, dass aus einer gesamtgesellschaftlichen Perspektive bedeutende Dimensionen und Folgen von Krankheiten (implizit auch von Risikofaktoren) vernachlässigt werden.

Aus der Perspektive von Nutzern des Gesundheitssystems und ihren Angehörigen sind neben den intangiblen auch direkte Kosten relevant, sofern diese nicht durch ein Versicherungsverhältnis abgedeckt werden. Weiterhin sind die auf die Pflege von Angehörigen entfallende Zeit und ggf. Einkommensausfälle zu berücksichtigen. Arbeitgeber haben ein betriebswirtschaftliches Interesse an der Reduktion der indirekten Kosten (Einschränkung des Arbeitsangebotes, Produktionsausfall), die GKV und die private Krankenversicherung, die Rentenversicherung und die Unfallversicherung sowie die Pflegeversicherung an niedrigen direkten Kosten (Ressourceneinsatz für Kuration, Rehabilitation und Pflege). In eine Analyse der sozioökonomischen Bedeutung von Gesundheitsproblemen und primärpräventiven Interventionen sollten alle drei Kostenkategorien eingehen (vgl. Abschnitt 4.1.1). Zur Erfassung von intangiblen Kosten können hilfsweise die folgenden Ansätze herangezogen werden.

Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

264. Mit der *International Classification of Functioning*, *Disability and Health* (ICF) liegt seit 2001 eine Nachfolgeklassifikation der *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (ICIDH) vor, die vor allem in der Rehabilitation eingesetzt wird, aber auch darüber hinaus eine umfassende Abbildung des Gesundheitszustands, einer Behinderung oder eingeschränkten Teilhabe am sozialen Umfeld erlaubt. Der ICF liegt ein ‚biopsychosoziales' Gesundheits- bzw. Krankheitsmodell zugrunde. Dabei werden im Grundsatz Interdependenzen zwischen den Dimensionen ‚Körperfunktionen bzw. -strukturen', ‚Aktivitäten' und ‚Teilhabe/ Partizipation' sowie den Kontext- bzw. Umweltfaktoren berücksichtigt. Ein Gesundheitsproblem im Sinne der ICD kann sich in diesem Modell u. a. aus einer Beeinträchtigung der Teilhabe ergeben, z. B. wenn Langzeitarbeitslosigkeit zu einer reaktiven Depression und/oder zur Alkoholabhängigkeit führt (Schuntermann, M. 2003). Einzelne Gesundheitsprobleme können daher mit Hilfe der ICF aus einer breiteren Perspektive untersucht werden.

Nach einem Beschluss der 54. Vollversammlung der WHO sollen in den Mitgliedsstaaten zukünftig neben Mortalitätsdaten auch Daten zur funktionalen Gesundheit auf der Grundlage der ICF erhoben werden (Schuntermann, M. 2003). Auf diese Weise könnte sich die Datenbasis einer Bewertung der sozioökonomischen Bedeutung von chronischen Krankheiten deutlich verbessern.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität

265. Der Begriff der ‚gesundheitsbezogenen Lebensqualität' bezeichnet ein mehrdimensionales Konstrukt, das u. a. durch die Komponenten körperliche Verfasung, psychisches Befinden, soziale Beziehungen und funktionale Alltagskompetenz erfasst werden kann (Bullinger, M. 2000). Dabei wird zwischen krankheitsübergreifenden (generischen) Instrumenten wie z. B. SF-36 und EQ-5D und krankheitsspezifischen Messinstrumenten unterschieden. Ergebnisse zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität fließen in die gesundheitsökonomische Evaluation therapeutischer Verfahren ein, können ggf. aber auch zur Beschreibung des Gesundheitszustands von Populationen verwendet werden (Bullinger, M. 2000).

Gesundheitszustand und Präferenzen

266. Ein weiterer Ansatz neben der ICF und der ‚psychometrischen Lebensqualitätsmessung' unter Einsatz von Fragebogen ist die ‚nutzentheoretische Lebensqualitätsmessung' (Schöffski, O. 2000). Mit Hilfe eines ‚*Rating-Scale*'-, ‚*Standard Gamble*'-, ‚*Time Trade-off*'- oder ‚*Person Trade-off*'-Verfahrens werden Präferenzen von Versuchspersonen für bestimmte, vorher definierte Gesundheitszustände ermittelt. Das ‚*Standard Gamble*'-Verfahren wurde in der ökonomischen Entscheidungstheorie häufig eingesetzt, da es zur Lösung von Bewertungsproblemen unter Unsicherheit beiträgt (Drummond, M. et al. 1997).

Quantifizierung verlorener Lebensjahre

267. Bei dem Konzept der *Potential Years of Life Lost* (PYLL) wird auf der Grundlage der Altersverteilung von Todesfällen die Differenz zwischen dem Alter zum Todeszeitpunkt und einer vorgegebenen Lebenserwartung berechnet. Für die Lebenserwartung wurden Werte zwischen 60 und 85 Jahren angesetzt (Murray, C.J.L. 1996). Gegen diesen Ansatz spricht, dass Lebensjahre jenseits der gesetzten Altersgrenze nicht berücksichtigt und demzufolge implizit mit einem Gewicht von Null bewertet werden. Diesem Problem wird in einem alternativen Ansatz (*Standard Expected Years of Life Lost*, SEYLL) insofern Rechnung getragen, als das in einer Population erreichte höchste Lebensalter für die Berechnung verwendet wird. Verlorene Lebensjahre werden im Rahmen der Krankheitskostenrechnung u. U. auch als indirekte Kosten ausgewiesen (vgl. Statistisches Bundesamt 2004).

Quantifizierung der Krankheitslast (Burden of Disease)

268. Im ‚*Global Burden of Disease*' (GBD)-Projekt von Weltbank, WHO und Harvard School of Public Health wurde eine äußerst komplexe Methodik zur Bestimmung der Krankheitslast eingesetzt. Ein Grundanliegen der GBD-Studie, in der Schätzwerte zur Krankheitslast nach Region ermittelt wurden, war die Berücksichtigung sowohl der Mortalität und der verlorenen potenziellen Lebensjahre als auch der Beeinträchtigung der Gesundheit (*non-fatal health outcomes*). Dazu wurde die Zahl der Lebensjahre in einem beeinträchtigten Gesundheitszustand (*Years Lived with Disability*, YLD) unter Verwendung von Daten zur Inzidenz und Dauer von Krankheitsstadien sowie von für die Studie ermittelten Gewichten der Krankheitsstadien geschätzt. Die Gewichte können kontrovers beurteilt werden, doch zeigte sich, dass der Unsicherheit epidemiologischer Daten letztlich eine größere Bedeutung für die Ergebnisse zukam als Variationen der Gewichte (Murray, C.J.L. u. Lopez, A.D. 1996). Die gesamte Krankheitslast setzt sich nach der GBD-Methodik aus der Gesamtzahl der Jahre, die erkrankte Personen in einem beeinträchtigen Zustand leben, und den durch die Krankheit verlorenen Lebensjahren (*Years of Life Lost*, YLL) zusammen. Beide Größen (YLD und YLL) wurden in dem ‚populationsbezogenen Summenmaß' des ‚*Disability Adjusted Life Year*' (DALY) zusammengeführt.

Die Stärke des Ansatzes beruht im Vergleich zu herkömmlichen ‚Krankheitskostenanalysen' auf der zumindest partiellen Berücksichtigung ‚intangibler' Kosten. Zugleich werden allerdings prinzipielle Probleme deutlich:

– Mit ‚populationsbezogenen Summenmaßen' wie dem DALY ist z. B. im Vergleich zu der mehrdimensionalen Beschreibung in der ICF und zu Instrumenten zur Messung der ‚gesundheitsbezogenen Lebensqualität' ein hoher Informationsverlust verbunden.

– Die Ableitung von Gewichten für Krankheiten oder Krankheitsstadien bzw. für eine Behinderung ist anfechtbar.

– Zu klären ist, nach welchem Verfahren, unter Hinzuziehung welcher Gruppe (z. B. Betroffene oder ihre Angehörigen, Public Health-Experten, Ärzte), für welche Krankheiten bzw. Krankheitsstadien Gewichte bestimmt werden. Dabei lassen sich normative Wertungen kaum vermeiden. Zu berücksichtigen ist weiterhin, dass sich die Bewertung z. B. einer Behinderung auch bei den direkt Betroffenen im Zeitablauf verändern kann.

269. Bei der Interpretation von quantitativen Angaben zur Krankheitslast bzw. zu den Krankheitskosten sind noch weitere Gesichtspunkte zu berücksichtigen:

– In Überlegungen zur Priorisierung präventiver Aktivitäten ist zu klären, ob schon bei der Berechnung der Krankheitslast bzw. der Krankheitskosten implizit eine unterschiedliche Gewichtung von Bevölkerungsgruppen erfolgt ist, etwa in dem Fall, dass neben den direkten nur indirekte Kosten auf der Grundlage des Humankapitalansatzes berücksichtigt wurden.

– Versuchen einer Quantifizierung von Gesundheitsproblemen wie im GBD-Ansatz wurde auch entgegengehalten, dass es nicht auf die exakte Größe von Gesundheitsproblemen ankomme, sondern auf den Grenznutzen eines zusätzlichen Ressourceneinsatzes bzw. auf die Effektivität und Effizienz präventiver Interventionen und therapeutischer Verfahren (vgl. Wiseman, V. u. Mooney, G. 1998; Williams, A. 1999).

Schlussfolgerung

270. Die Existenz erheblicher methodischer Probleme und Spielräume relativiert zwar einzelne publizierte Angaben zur quantitativen Relevanz von Gesundheitsproblemen, aber nicht die prinzipielle Bedeutung bekannter Einflussfaktoren auf den Gesundheitsstatus. Dazu gehören ein breites Spektrum unterschiedlicher Ressourcen und Belastungen, die auch mit Charakteristika sozialer Schichten assoziiert sind, und insbesondere einzelne Belastungsfaktoren von herausgehobener Bedeutung wie der Tabakkonsum, dessen Relevanz und Folgekosten unter Nutzung unterschiedlicher methodischer Ansätze in verschiedenen Ländern und über Jahrzehnte hin immer wieder untersucht bzw. nachgewiesen wurden.

Nach der *Global Burden of Disease*-Studie von WHO, Weltbank und Harvard School of Public Health ist der Tabakkonsum in entwickelten Ländern der westlichen Welt vor dem Alkoholkonsum der folgenreichste Risikofaktor (Murray, C.J.L. u. Lopez, A.D. 1996).[54] Weiterhin besteht auch Konsens, dass die Bedeutung der Gesundheitsprobleme Übergewicht und Adipositas zunimmt.

4.4.4.2 Tabakkonsum

271. In einem Bericht der Weltbank zur Tabakkontrolle (2003) wurde das Tabakrauchen zu den bedeutendsten Ursachen vermeidbarer und vorzeitiger Todesfälle in der Geschichte der Menschheit gezählt. Weiterhin wurde darauf verwiesen, dass mögliche Wohlfahrtsverluste einer konsequenten Tabakkontrollpolitik, vor allem die Gefahr möglicher Arbeitsplatzverluste, oft stark überzeichnet wurden. Aktivitäten zur Eindämmung des Tabakkonsums stellen nach der Einschätzung der Weltbank attraktive Handlungsmöglichkeiten für Regierungen dar, die beabsichtigen, die Gesundheit ihrer Bevölkerung im Rahmen einer soliden Wirtschaftspolitik zu verbessern (Weltbank 2003).

272. Der Absatz an versteuerten Zigaretten ist in Deutschland in dem 10-Jahres-Zeitraum von 1995 bis 2004 trotz eines kontinuierlichen Anstiegs von 1995 bis 1999 und einem Absatzmaximum im Jahr 2002 insgesamt zurückgegangen (Tabelle 48). Im Jahr 2004 nahm die Menge der versteuerten Zigaretten gegenüber dem Vorjahr um 15,8 % ab (Statistisches Bundesamt 2005). Der Absatz von Zigarren und Zigarillos sowie von Feinschnitt nahm über den betrachteten Zeitraum hin deutlich zu. Der Absatz anderer, gemessen am Volumen weniger bedeutender Tabakprodukte wie Pfeifentabak und Feinschnittrollen, nahm innerhalb dieses Zeitraums ab. Der tatsächliche Tabakkonsum kann allerdings von dem Absatz an versteuerten Tabakwaren abweichen.

273. Das Rauchverhalten weist einen deutlichen sozialen Gradienten auf (Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg 2004; Weltbank 2003). Während zu Beginn des 20. Jahrhunderts vorwiegend Angehörige höherer sozialer Schichten rauchten, ist der Raucheranteil heute vor allem bei Personen mit einer geringen Bildung, einem niedrigen beruflichen Status sowie einem geringen Einkommen und damit in den unteren Sozialschichten erhöht (Goldstein, M.S. 1992). Untersuchungen u. a. in Kanada, Großbritannien und in den USA führten zu dem Ergebnis, dass sich mehr als die Hälfte des Unterschieds in der Sterblichkeit zwischen männlichen Erwachsenen mit dem höchsten und dem niedrigsten sozioökonomischen Status auf das Rauchen zurückführen lässt (Weltbank 2003). Durch eine effektive Tabakkontrollpolitik werden im Idealfall nicht nur Krankheitsrisiken und die Krankheitslast gesenkt, sondern es wird zugleich die Ungleichheit von Gesundheitschancen im Sinne von § 20 SGB V vermindert.

274. Anhand von Daten zu rauchassoziierten Krankheiten und zur Prävalenz des Rauchens erörterte der Rat im Gutachten 2000/2001 Defizite in der Präventionspolitik und schlug eine Anti-Tabak-Kampagne vor. Eine Kampagne gegen das Tabakrauchen sollte u. a. folgende Elemente beinhalten (Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg 2003; Gutachten 2000/2001, Band III.3, Ziffer. 62ff.; Weltbank 2003; WHO 2003b):

– Erhöhung der Tabaksteuer (z. B. Weltbank 2003),
– Verzicht auf Subventionen für den Tabakanbau,
– Bekämpfung des illegalen Handels mit Tabakprodukten,
– restriktive Regulierung des Vertriebs von Tabakwaren, u. a. auch Abschaffung von Zigarettenautomaten,
– Schaffung einer rauchfreien Umwelt, u. a. im Rahmen der betrieblichen Gesundheitspolitik,
– Tabakprävention im Setting ‚Schule‘,
– Verbot von Tabakwerbung und Sponsoring,
– Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen zur Tabakentwöhnung.[55]

[54] In die Berechnungen wurde eine Auswahl an Risikofaktoren, u. a. Tabak, Alkohol, berufsbedingte Krankheiten und Unfälle, physische Inaktivität, ungeschützter Geschlechtsverkehr und illegale Drogen einbezogen. Der sozioökonomische Status wurde konzeptionell nicht als unabhängiger Risikofaktor berücksichtigt; Belastungen durch Stress gingen ebenfalls nicht in die Berechnungen ein.

[55] In gesundheitsökonomischen Untersuchungen zur Kosten-Effektivität von Raucherentwöhnungsprogrammen wurden durchweg gute Ergebnisse erzielt (Krauth, Ch. u. Haverkamp, A. 2004).

Tabelle 48

Absatz von versteuerten Tabakwaren 1995–2004

Jahr	Zigaretten	Zigarren/Zigarillos	Feinschnitt
	(Mio. Stück)		(Tonnen)
1995	135.029	1.062	11.183
1996	136.244	1.359	11.147
1997	137.677	1.592	11.656
1998	138.388	1.992	12.150
1999	145.265	2.289	12.682
2000	139.625	2.557	12.758
2001	142.546	2.511	13.803
2002	145.145	3.068	15.473
2003	132.603	3.117	18.603
2004	111.716	3.637	24.258
Entwicklung 1995–2004	*– 17 %*	*+ 243 %*	*+ 117 %*

Quelle: Statistisches Bundesamt – Tabaksteuerstatistik (2005); eigene Berechnung

An einer systematischen Anti-Tabak-Politik sollten außer dem Gesundheitsressort die für Wirtschaft, Landwirtschaft, Verbraucherschutz und Finanzen zuständigen Ministerien mitwirken.

275. Die Möglichkeiten einer konsequenten und effektiven Anti-Tabak-Politik werden in Deutschland noch nicht vollständig genutzt. Auch und besonders nach der Unterzeichnung der Tabakrahmenkonvention (vgl. Exkurs) ist auf nationaler, aber auch auf EU- bzw. internationaler Ebene eine Verstärkung von Maßnahmen zur Tabakkontrolle notwendig (vgl. Drogenbeauftragte der Bundesregierung und DKFZ Heidelberg 2004). Nicht nur die unbestritten hohe Bedeutung dieses Belastungsfaktors, sondern auch die Tatsache, dass Tabak – anders als andere Konsumprodukte – selbst bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Risiko von Gesundheitsschäden und die Krankheitslast der Bevölkerung erhöht, spricht für eine systematische Anti-Tabak-Politik.

Exkurs: Tabakrahmenkonvention der WHO

Die Tabakrahmenkonvention der WHO (*Framework Convention on Tobacco Control*, *FCTC*) wurde auf der 56. Weltgesundheitsversammlung am 21. Mai 2003 einstimmig angenommen. Sie stellt einen verbindlichen Handlungsrahmen für die Tabakkontrollpolitik zur Verfügung. Sie hat zugleich eine historische Bedeutung, da es sich um das erste und bisher einzige weltweite Gesundheitsabkommen handelt. Als Instrumente der Tabakkontrolle sieht die *FCTC* u. a. Steuer- und Preispolitik, Regulierung der Verbraucherinformation (Werbung, Sponsoring, Verpackung) sowie Maßnahmen gegen illegalen Handel vor (http://www.who.int/tobacco/areas/framework/text/final/en/). Die Bundesrepublik Deutschland hat die Tabakrahmenkonvention im Oktober 2003 unterzeichnet und im Dezember 2004 ratifiziert.

Der mit der Vereinbarung vorgegebene Handlungsrahmen trägt nur dann zu einer wirksamen Präventionspolitik bei, wenn er durch Maßnahmen einer nationalen Tabakkontrolle ausgefüllt wird. Bei der Vorbereitung der WHO-Konvention und bei anderen Initiativen wie z. B. einem Tabakwerbeverbot in der EU wurde das Vorgehen der Bundesregierung im Ausland z. T. als zögerlich bzw. kontraproduktiv bewertet (vgl. z. B. Fleck, F. 2003; Gilmore, A. u. Nolte, E. 2002; Gilmore, A. et al./Caspers-Merk, M. 2002; Watson, R. 2003). Vor diesem Hintergrund und aufgrund der präventionspolitischen Bedeutung des Tabakkonsums – es handelt sich um ein Problem, das außer in Deutschland auch in anderen entwickelten Ländern der westlichen Welt, in Osteuropa und in Entwicklungs- und Schwellenländern zu lösen ist und das somit eine globale Bedeutung hat (Weltbank 2003) – ist eine konsequente Tabakkontrollpolitik in Deutschland zwingend geboten. Trotz richtiger Ansätze wie z. B. der Erhöhung der Tabaksteuer und Maßnahmen im Jugend- und Arbeitsschutz sollte die Tabakpolitik noch weiter intensiviert werden. Institutionen und Verbände im Gesundheitswesen, z. B. GKV, PKV, KVen und Ärztekammern, sollten politische Initiativen auf diesem Handlungsfeld, die zur Reduktion des Tabakkonsums beitragen, in ihrer Kommunikationspolitik engagiert unterstützen.

4.4.4.3 Alkoholabusus

Risikofaktor Alkohol

276. Der Alkoholkonsum ist nach der *Global Burden of Disease*-Studie nach dem Tabakkonsum der zweitwichtigste Risikofaktor in den entwickelten Ländern der westlichen Welt (Murray, C.J.L. u. Lopez, A.D. 1996). Europa ist dabei der Kontinent mit dem höchsten Alkoholkonsum, Deutschland weist im Vergleich zu anderen europäischen Ländern einen hohen, wenn auch seit 1994 leicht rückläufigen Pro-Kopf-Verbrauch auf (Robert Koch-Institut 2002a, 2003b; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2003). Ein erheblicher Teil der Bevölkerung konsumiert Alkoholmengen, bei denen eine Gesundheitsgefährung nicht ausgeschlossen werden kann (Robert Koch-Institut 2003b).[56]

277. Bei der Regulierung des Angebots spielen neben den präventionspolitischen Gesichtspunkten auch die Interessen von Produzenten wie Brauereien und Winzern eine Rolle. Ihre Bedeutung für Wirtschaftsregionen, regionale Arbeitsmärkte und das Aufkommen an Körperschafts-, Einkommens-, Mehrwert- und Alkoholsteuern hat argumentatives Gewicht. So verfolgten einige Länder im Mittelmeerraum die Zielsetzung, die Qualität alkoholischer Getränke zu sichern bzw. zu steigern, Exportchancen zu nutzen, Bauern und Winzern ein angemessenes Auskommen und zugleich den Konsumenten ein Weinangebot zu akzeptablen Preisen zu sichern (WHO 2004). Ein kursorischer Überblick über unterschiedliche Perspektiven der Alkoholpolitik zeigt bereits ein breites Spektrum möglicher Ziele auf, deren Gewicht in der politischen Praxis von den Prioritäten der Akteure, zu denen mehrere Ressorts einer Regierung wie Gesundheit, Landwirtschaft, Finanzen und Wirtschaft gehören, und von den Ergebnissen von Aushandlungsprozessen mit unterschiedlichen Interessengruppen abhängt. Zu den nicht von der Hand zu weisenden Argumenten zur Alkoholpolitik zählt auch, dass – anders als im Falle des Tabakkonsums – nicht der Konsum von Alkohol an sich, sondern primär der Missbrauch alkoholhaltiger Getränke zu bekämpfen sei, und dass überdies einigen alkoholhaltigen Getränken, z. B. Wein, kulturübergreifend und seit Jahrtausenden eine hohe kulturelle und soziale Bedeutung beigemessen wird (z. B. Room, R. et al. 2005).

Ungeachtet dieser unterschiedlichen Perspektiven und Zielkonflikte stellt der Alkoholkonsum aus einer gesundheitspolitischen Perspektive insofern ein Problem dar, als er in (West-) Europa für rund 11 % der gesamten Krankheitslast bei Männern und rund 2 % bei Frauen verantwortlich gemacht wurde (Babor, Th. et al. 2003).[57]

Strategien und Instrumente der Alkoholprävention

278. Mehrere Strategien stehen zur Verfügung, z. B.:[58]

- Einflussnahme auf die Alkoholpreise, vor allem über die Besteuerung alkoholhaltiger Getränke wie Bier, Branntwein, Schaumwein und ‚Alkopops' (vgl. Abschnitt 4.8.2.2),
- Einflussnahme auf die Verfügbarkeit bzw. Regulierung des Angebots (u. a. Reduktion von Subventionen für die Produktion, Lizenzen, Altersgrenzen),
- Einflussnahme auf die Werbung,
- Interventionen im Hinblick auf den Straßenverkehr,
- Maßnahmen im Setting, z. B. in der arbeitsweltbezogenen Prävention,
- Früherkennung und -behandlung, und
- Verbesserung der Rückfallprophylaxe.

Eine Bestandsaufnahme der Evidenz zur Wirksamkeit und Kosten-Effektivität dieser unterschiedlichen Strategien durch das *Health Evidence Network* des Regionalbüros der WHO für Europa (WHO 2004c) führte zu dem Ergebnis, dass vor allem Strategien zu empfehlen sind, die auf einen Anstieg der Alkoholpreise, eine generelle Reduzierung der Verfügbarkeit von Alkohol sowie einen Rückgang des Alkoholmissbrauchs bei Verkehrsteilnehmern und bei Minderjährigen zielen bzw. diese Zielsetzungen miteinander verbinden (WHO 2004; vgl. Babor, Th. et al. 2003).

279. Sekundär- bzw. tertiärpräventive Maßnahmen wie Früherkennung von Alkoholmissbrauch, Entzug und Entwöhnung sind ebenfalls von erheblicher Bedeutung.

---

[56] Der empirische Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Alkoholkonsum ist aber weniger eindeutig als der Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Zigarettenkonsum, unzureichender Bewegung und Ernährung (Robert Koch-Institut 2003b).

[57] Mögliche präventive Auswirkungen eines moderaten Alkoholkonsums werden diskutiert. Dennoch wurde eine Verringerung der Schäden, die durch Alkohol bewirkt werden, im Europäischen Aktionsplan Alkohol 2000-2005 als eine der größten Public Health-Aufgaben bezeichnet, mit denen sich die Europäische Region der WHO konfrontiert sieht (WHO 2000a). Um die Verfügbarkeit von alkoholischen Produkten zu reduzieren, werden alle Länder der Europäischen Region u. a. dazu aufgefordert, eine geeignete Steuerpolitik zu betreiben und das Ausmaß des Trinkens bei Minderjährigen zu vermindern.

[58] Vgl. Babor, Th. et al. (2003); WHO (2004c); U.S. Department of Health and Human Services (2000); Room, R. et al. (2005).

Exkurs: Sekundär- und Tertiärprävention von Alkoholproblemen

Während die Primärprävention vor allem substanzbezogene Maßnahmen umfasst, zielt die Sekundärprävention von Alkoholproblemen auf die Früherkennung einer Sucht oder Suchtgefahr bzw. auf die Motivierung zur Auseinandersetzung mit der Alkoholproblematik (Müller-Fahrnow, W. et al. 2002). Dabei bildet das ‚*Stages of Change*'-Modell eine mögliche Grundlage für Interventionen. Zu den Maßnahmen der Sekundärprävention zählen schriftliche Informationen, Kurzberatung, ausführliche Beratung und (Motivierungs-) Behandlung. Mögliche Zugangswege sind Arztpraxen und Krankenhäuser, aber auch Betriebe und Schulen.

Für die Suchtrehabilitation steht ein differenziertes Behandlungsangebot zur Verfügung. Es umfasst stationäre, teilstationäre und ambulante Versorgungsformen. Dabei gilt die Effektivität der stationären Behandlung als belegt, während zur ambulanten und zur teilstationären Behandlung (z. B. Tageskliniken, Übergangseinrichtungen, betreutes Wohnen) noch vergleichsweise wenige Studien in zufriedenstellender Qualität vorliegen. Die tatsächliche Effektivität von Angeboten hängt auch von Patientenmerkmalen bzw. Komorbiditäten (vor allem psychische Störungen) und von der Zuweisungssteuerung ab. Die Erfolgswahrscheinlichkeit ambulanter Angebote kann vermutlich durch eine Teilnahme an Selbsthilfegruppen erhöht werden. Als wissenschaftlich etabliert gilt der Einfluss der sozialen Stabilität von Rehabilitanden auf den Rehabilitationserfolg. Belastungsfaktoren wie Arbeitslosigkeit oder auch Partnerschaftsprobleme werden allerdings in Effektivitätsstudien häufig vernachlässigt (Müller-Fahrnow, W. et al. 2002).

280. Bei der Umsetzung von Strategien zur Verminderung des Alkoholkonsums ist wie auch bei anderen Interventionen die Gefahr nicht intendierter Effekte zu berücksichtigen. Nicht erwünschte Nebeneffekte traten z. B. bei einer in den USA in den 1980er Jahren durchgesetzen Erhöhung der Altersgrenzen für den Alkoholkonsum auf. Eine Analyse in 43 Bundesstaaten der USA auf der Basis von Daten der Jahre 1980–89 führte zu dem Ergebnis, dass eine Anhebung des Mindestalters zwar die Prävalenz des Alkoholkonsums leicht reduzierte, es aber auch zu einer leichten Erhöhung der Prävalenz des Marihuana-Konsums kam (DiNardo, J. u. Lemieux, T. 2001). Nach vorliegenden Ergebnissen ist es denkbar, dass zwischen Alkohol und Marihuana eine substitutive Beziehung, zwischen diesen beiden Genussmitteln bzw. Drogen einerseits und Zigaretten andererseits aber eine komplementäre Beziehung besteht (DiNardo, J. u. Lemieux, T. 2001). Prinzipiell sollten gesicherte Kenntnisse der Substitutionseffekte zwischen Konsumgütern, von denen eines oder mehrere zum Gegenstand präventiver Interventionen werden, und der möglichen Auswirkungen komplementärer Beziehungen zwischen diesen Gütern in die Planung von Interventionen eingehen.

4.4.4.4 Übergewicht und Adipositas

Gesundheitsprobleme Übergewicht und Adipositas

281. Übergewicht und Adipositas sind Gesundheitsprobleme mit zunehmender Bedeutung (u. a. Komlos, J. u. Baur, M. 2003; RAND 2002; Sturm, R. 2002; Sturm, R. u. Wells, K.B. 2001; Robert Koch-Institut 2003d). Die WHO (2000b) bezeichnete die Adipositas als globale Epidemie. In den USA hat sich die Prävalenz der Adipositas im Verlauf der letzten 25 Jahre im Gegensatz zur Prävalenz der Risikofaktoren Tabakkonsum und Alkoholabusus deutlich erhöht. Die Auswirkungen auf die Prävalenz chronischer Krankheiten wie Diabetes mellitus, Hypertonie und ischämische Herzkrankheit sowie auf die Behandlungsausgaben werden z. T. als gravierender eingeschätzt als die Auswirkungen des Tabakkonsums und Alkoholabusus (Sturm, R. 2002). Bei einer Fortsetzung aktueller Trends bis 2020 könnten die durch Adipositas in den USA verursachten Behandlungsausgaben nach einer Schätzung rund ein Fünftel der gesamten Gesundheitsausgaben erreichen (RAND 2004; Sturm, R. et al. 2004).

282. In Deutschland kann nach Ergebnissen des Mikrozensus 1999 und des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 weniger als die Hälfte der weiblichen Bevölkerung und nur etwa ein Drittel der männlichen Bevölkerung als normalgewichtig (*Body Mass Index* < 25) klassifiziert werden (Robert Koch-Institut 2003d).[59] Die Prävalenz der moderaten Adipositas (BMI ≥ 30) erhöhte sich zwischen 1985 und 2002 von 16,2 % auf 22,5 % bei Männern und von 16,2 % auf 23,5 % bei Frauen; die Prävalenz der starken Adipositas (BMI ≥ 35) stieg innerhalb dieses Zeitraums von 1,5 % auf 5,2 % bei Männern und von 4,5 % auf 7,5 % bei Frauen (Helmert, U.u. Strube, H. 2004). Weiterhin wird vermehrt auf das Problem des Übergewichts bzw. der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen hingewiesen (z. B. G+G 2003; Gausche, R. u. Keller, E. 2004).[60]

283. Als Gründe für die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas werden u. a. diskutiert (Gausche, R. u. Keller, E. 2004):

– genetische Dispositionen, die alleine aber nicht eine deutliche Zunahme von Übergewicht und Adipositas in einer Population innerhalb überschaubarer Zeiträume erklären (Rashad, I. u. Grossmann, M. 2004),

[59] Der *Body-Mass-Index* (BMI) errechnet sich aus dem Körpergewicht in Kilogramm, geteilt durch die Körpergröße in Metern zum Quadrat. Bei Kindern werden alters- und geschlechtsspezifische Referenzwerte für Übergewicht bzw. Adipositas verwendet (90. bzw. 97. Perzentil; vgl. Robert Koch-Institut 2003d).

[60] Die Datenbasis zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen wird sich im Verlauf des vom Robert Koch-Institut konzipierten nationalen Kinder- und Jugendsurveys verbessern (vgl. www.kiggs.de). Die Hauptphase des Surveys lief im Mai 2003 an, erste Auswertungen werden Anfang 2007 erwartet.

– Umweltfaktoren, u. a. ein reichhaltiges Nahrungsangebot,

– Verhaltensparameter (gelerntes Essverhalten), z. B. Erziehungsregeln und -normen, die ein durch Außenreize gesteuertes Essverhalten begünstigen,

– psychische Krankheiten, vor allem Depression, und insbesondere eine

– Dominanz von Lebensstilen mit einem niedrigen (physischen) Aktivitätsniveau und Energieverbrauch mit der Folge einer positiven Energiebilanz.

Sowohl bei Frauen als auch bei Männern treten Übergewicht und Adipositas in unteren sozialen Schichten prozentual häufiger auf. Der sozioökonomische Status ist besonders bei Frauen mit der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas negativ korreliert (Robert Koch-Institut 2003d; Helmert, U. u. Strube, H. 2004).

284. In einer von der Deutschen Adipositas-Gesellschaft, der Deutschen Diabetes-Gesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Ernährung herausgegebenen Leitlinie zur Prävention und Therapie der Adipositas (2003) wird darauf hingewiesen, dass noch wenige Untersuchungen zur Effektivität von Präventionsmaßnahmen vorliegen. Präventionsprogramme für Erwachsene, die auf eine gesundheitsfördernde Lebensweise und auf die Bekämpfung kardiovaskulärer Risikofaktoren zielen, erwiesen sich hinsichtlich des Körpergewichts als wenig wirksam. Generell wird ein ‚gesunder' Lebensstil mit regelmäßiger körperlicher Bewegung und ausgewogener Energiebilanz empfohlen. Da sich das mittlere Körpergewicht von Erwachsenen bis zu einem Alter von 65 Jahren kontinuierlich erhöht, wird als primäres Präventionsziel auf der Bevölkerungsebene eine Gewichtsstabilisierung vorgeschlagen (ebd.).

285. Die WHO (2000b) benennt eine höhere Qualität der Ernährung und ein höheres physisches Aktivitätsniveau als Prioritäten in der Prävention von Adipositas und Übergewicht. Zugleich weist sie darauf hin, dass lebensstilbezogene Interventionsansätze, die auf eine ‚Gesundheitserziehung' setzen, nur von begrenztem Erfolg waren. Maßnahmen sollten u. a. auf die Stadtplanung, die Nahrungsmittelwerbung und auf Nahrungsmittelpreise zielen. Diese Vorschläge implizieren Interventionen in Städten und Gemeinden nach dem Setting-Ansatz und auch eine Überprüfung der materiellen Anreizstruktur. Noch ungenutzte Potenziale auf den Handlungsfeldern Ernährung und Bewegung bietet vor allem das Setting ‚Schule'. So könnte in Kooperation mit Sportvereinen und in Abhängigkeit von den Interessen der Schüler ein attraktives Sportangebot zusammengestellt werden, das über den traditionellen Schulsport hinausweist.

Ernährungsverhalten

286. Im Ernährungssurvey 1998 wurden gegenüber früheren Erhebungen positive Entwicklungen im Ernährungsverhalten festgestellt, die sich u. a. auf die Ernährungsaufklärung zurückführen lassen (Robert Koch-Institut 2002b).[61] Ein Teil der Bevölkerung weist aber nach wie vor einen zu hohen Fettkonsum, eine zu niedrige Kohlenhydrataufnahme und eine zu geringe Zufuhr an Ballaststoffen auf. Weitere wünschenswerte Veränderungen können ggf. durch eine fortwährende gezielte Aufklärung bewirkt werden (Robert Koch-Institut 2002b).

Zur steigenden Prävalenz der Adipositas trägt eine gegenüber früheren Epochen veränderte Anreizstruktur insofern bei, als die privat zu tragenden Zeitkosten für die Zubereitung von Nahrungsmitteln u. a. wegen der Verfügbarkeit von Tiefkühlkost und Fertiggerichten zurückgegangen sind (Cutler, D.M. et al. 2003). Zudem können die privaten Zeitkosten für die Zubereitung gesunder Nahrung hoch ausfallen, etwa bei der Zubereitung von Frischgemüse. Weiterhin bietet die *Fast Food*-Industrie jederzeit verfügbare, aber tendenziell noch hochkalorische und wenig ausgewogene Nahrung an. Angebotsseitige Faktoren und gesundheitsschädliche Konsummuster stehen in einer Wechselwirkung, die zur Ausbreitung von Übergewicht und Adipositas beiträgt. Auch bestimmte familiäre Konstellationen (‚Schlüsselkinder') bzw. ungeeignete Strukturen im sozialen Umfeld können ein gesundheitsschädliches Ernährungsverhalten begünstigen.

287. Die Entstehung und Entwicklung des Ernährungsverhaltens ist facettenreich und durch kulturelle und soziale Normen und Entwicklungstrends geprägt, die wiederum unterschiedliche Politikfelder, u. a. Landwirtschaft und Verbraucherschutz, berühren. In Überlegungen zur ernährungsbezogenen Präventionspolitik sollte ressortübergreifend geprüft werden, auf welche Weise und mit welchen Instrumenten sich das Angebot an Nahrungsmitteln in Zusammenarbeit mit der Nahrungsmittelindustrie einschließlich der Agrarindustrie so beeinflussen lässt, dass angebotsseitige Ursachen von Übergewicht und Adipositas mittel- bis langfristig eingedämmt werden. Dazu wird es aufgrund der EU-weiten Regulierung relevanter Politikfelder wie der Agrarpolitik einer Abstimmung auf EU-Ebene bedürfen. Erfahrungen aus anderen europäischen Staaten sollten in die Entwicklung von Strategien eingehen (vgl. Milio, N. u. Helsing, E. 1998). Weiterhin bleibt eine zielgruppenadäquate Informationsvermittlung zur Ernährung notwendig, wobei soziokulturelle Rahmenbedingungen und Verhaltensspielräume berücksichtigt werden müssen. Unausgeschöpfte Potenziale einer qualitativ hochwertigen Ernährung lassen sich auch noch im Rahmen settingbezogener Interventionen nutzen, z. B. in Betrieben und Verwaltungen, in Schulen sowie in Einrichtungen des Gesundheitssystems wie Krankenhäusern, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen.

[61] Das Ernährungsverhalten ist neben dem Zigarettenrauchen eine der wichtigsten Einflussgrößen auf die Inzidenz maligner Tumoren (Strumberg, D. et al. 2004). Das Ernährungsverhalten hat damit Bedeutung für die Primärprävention von Neubildungen, aber auch von weiteren Krankheiten, u. a. Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Krankheiten, Osteoporose und Zahnkrankheiten (WHO 2003a). Defizite bestehen trotz einer rund zwanzigjährigen Aufklärungsarbeit und einer Verbesserung der Versorgungssituation in den vergangenen Jahren auch noch in der Jodprophylaxe (Arbeitskreis Jodmangel 2004; Gärtner, R. 2004; Meng, W. u. Scriba, P. C. 2002).

Physisches Aktivitätsniveau

288. Zeitgenössische Lebensstile bieten trotz all ihrer Heterogenität in ausdifferenzierten Gesellschaften tendenziell weniger Gelegenheit, um aufgenommene Energie zu verbrauchen, als Lebensstile früherer Epochen. Dazu tragen mehrere Ursachen bei (Robert Koch-Institut 2003c, 2003d):

- Automatisierung von Arbeitsplätzen, an denen zuvor ein hohes Maß an physischer Aktivität gefordert wurde,
- sitzende Tätigkeit der meisten Berufstätigen,
- Freizeitbeschäftigungen, die im Sitzen ausgeübt werden (z. B. Fernsehen),
- geringe körperliche Aktivität im Haushalt dank Automatisierung auch in der privaten Sphäre (z. B. Haushaltsmaschinen),
- private Verfügbarkeit von Kraftfahrzeugen, die Aktivitäten wie Laufen und Fahrradfahren selbst bei geringer zu bewältigender Entfernung ersetzen.

Ein ‚sitzender Lebensstil' in westlichen Gesellschaften spielt bei der Entstehung und Aufrechterhaltung des Übergewichts eine entscheidende Rolle. Generell nimmt der Anteil der Bevölkerung ohne sportliche Aktivität mit steigendem Alter bei Frauen wie bei Männern zu, wobei das Aktivitätsniveau in der Freizeit bei Männern höher ausfällt als bei Frauen (Robert Koch-Institut 2003c). Der Anteil an der Bevölkerung, der die trainingsmedizinisch definierte motorische Mindestbelastung des Organismus nicht erreicht, wurde auf 50-85 % geschätzt (Wagner, P. 2002). In diesem Kontext wurde auch eine ‚kollektive Bewegungsverweigerung' konstatiert (Scriba, P.C. u. Schwartz, F.W. 2004). Nach einer Schlussfolgerung aus der *Nurses Health Study* ließen sich allein durch einen vergleichsweise ‚aktiven' Lebensstil mit 30 Minuten forcierten Gehens pro Tag und einer Begrenzung des TV-Konsums auf zehn Stunden pro Woche rund 30 % der Adipositasfälle und ca. 43 % der Diabetes mellitus Typ 2-Fälle vermeiden (Hu, F.B. et al. 2003).

Bei Kindern und Jugendlichen wurde eine Änderung des Freizeitverhaltens beobachtet, in deren Verlauf sportliche Aktivitäten durch Fernsehen und Computerspiele ersetzt werden. Ein direkter Zusammenhang zwischen der Dauer des Fernsehens und dem Ausmaß von Adipositas wurde nachgewiesen (Robert Koch-Institut 2003d). Dabei wird das Freizeitverhalten von Kindern auch von der sportlichen Aktivität ihrer Eltern beeinflusst. Eine Veränderung des Aktivitätsniveaus bzw. Lebensstils sollte sich deshalb nach Möglichkeit auf die gesamte Familie erstrecken (Graf, C. et al. 2003).

289. Die körperliche Freizeitaktivität variiert in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Sozialindex. Bei Frauen wie bei Männern ist der Anteil inaktiver Personen bei geringem Sozialindex fast doppelt so hoch wie bei Personen mit hohem Sozialindex (Robert Koch-Institut 2003c). Als mögliche Ursachen wurden eine stärkere Ablehnung von Übergewicht bzw. eine schnellere Sanktionierung in höheren sozialen Schichten vor allem bei Frauen, eine einseitige körperliche Belastung am Arbeitsplatz, die sportliche Freizeitaktivität ausschließt oder als wenig attraktiv erscheinen lässt sowie eine in den unteren Sozialschichten im Vergleich zu höheren Schichten generell geringere Wertschätzung sportlicher Aktivität genannt (vgl. Robert Koch-Institut 2003d).

290. Als primärpräventive Interventionen wurden vorgeschlagen (Robert Koch-Institut 2003d; Task Force on Community Preventive Services 2002):

- Bewegungs- und Sportangebote bzw. -möglichkeiten in privaten und öffentlichen Betrieben und Verwaltungen als Bestandteil einer betrieblichen Gesundheitspolitik,
- attraktive Angebote von Sportvereinen im Breitensport, ausreichende Verfügbarkeit von Sportplätzen und Sporthallen,
- Parkanlagen in Städten, die auch für sportliche Aktivitäten genutzt werden können, und Bau von Fahrradwegen besonders im innerstädtischen Bereich,
- gemeindebezogene Kampagnen, die den Einsatz unterschiedlicher Medien mit Beratungs- und Unterstützungsangeboten, Selbsthilfegruppen, speziellen *events* und Interventionen in anderen Settings wie Betrieben und Schulen verbinden.

Diese Vorschläge zielen im Wesentlichen auf Interventionen nach dem Setting-Ansatz, vor allem in Betrieben, Schulen (Gutachten 2003, Band II, Ziffer 507ff.) und anderen Bildungseinrichtungen, Einrichtungen des Gesundheitswesens und Kommunen und damit im jeweils konkreten Lebensumfeld mit seinen Optionen und Restriktionen. Darüber hinaus ist vor allem die Sportpolitik auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene gefordert, in Abstimmung mit anderen Akteuren der Präventionspolitik attraktive Angebote im Breitensport zu konzipieren, die sich in den Alltag ihrer Nutzer integrieren lassen. Diese Aufgabe gewinnt auch unabhängig von den Gesundheitsproblemen Übergewicht und Adipositas an Bedeutung, da eine ausreichende Bewegung sowohl aus einer individualtherapeutischen als aus einer bevölkerungsmedizinischen Perspektive als universell einsetzbares Therapeutikum von nachgewiesener Wirksamkeit gilt (Scriba, P.C. u. Schwartz, F.W. 2004; Blair, S.N. u. Church, T.S. 2004).

291. Programmatisch richtungsweisend ist in diesem Zusammenhang die vom Deutschen Sportbund in Kooperation mit der Bundesärztekammer begonnene Initiative ‚Sport pro Gesundheit' mit einem eigenen Qualitätssiegel und derzeit rund 10 000 Angeboten, die den Qualitätskriterien entsprechen. Als Kernziele des ‚Gesundheitssports' werden die Stärkung physischer und psychosozialer Gesundheitsressourcen, die Verminderung von Risikofaktoren, die Bewältigung von Beschwerden und Missbefinden und die Herausbildung eines ‚gesunden' Lebensstils genannt. Entsprechende Sport- und Bewegungsangebote wurden auch von gesetzlichen Krankenkassen in Bonusprogramme nach § 65a SGB V aufgenommen (www.sportprogesundheit.de). Eine Bewertung des Erfolgs dieser und anderer Initiativen wird sich allerdings außer an der Entwicklung der absoluten Zahl der Angebote und Teilnehmer an der Fragestellung orientieren

müssen, ob ein Präventionserfolg auch und gerade bei stärker belasteten Bevölkerungsgruppen feststellbar ist.

4.5 Betriebliche Gesundheitspolitik

4.5.1 Entwicklung eines gesundheitsfördernden Settings

292. Im Gegensatz zur Gesundheitsförderung ‚im Setting' stehen bei der Schaffung eines gesundheitsfördernden Settings Partizipation und der Prozess der Organisationsentwicklung konzeptionell im Mittelpunkt (Rosenbrock, R. 2004b). Im Kern steht der Gedanke, durch ermöglichende, initiierende und begleitende Intervention von außen Prozesse im Setting auszulösen, in deren Verlauf die Nutzer des Settings dieses nach ihren Bedürfnissen mitgestalten (‚*empowerment*'). Insoweit Setting-Projekte Angebote zur Unterstützung von Verhaltensmodifikationen enthalten, besteht der grundsätzliche Unterschied zur ‚Gesundheitsförderung im Setting' darin, dass solche Interventionen im Rahmen eines partizipativ gestalteten Prozesses der organisatorischen und sozialklimatischen Veränderung des Settings von seinen Nutzern identifiziert, angefordert und mitgestaltet werden. Es ist z. B. plausibel, dass eine Neuorientierung des Führungsverhaltens von Vorgesetzten einen größeren Einfluss auf das Wohlbefinden und die Zufriedenheit der Beschäftigten ausübt, wenn sie Ergebnisse einer von diesen selbst vorgenommenen Problemanalyse aufnimmt (vgl. Geißler, H. et al. 2003). Im Ergebnis sollen die Nutzer des Settings durch Veränderungen ihrer physischen und sozialen Umwelt und daran anknüpfende Neubewertungen erfahren, dass sie sich in einer Umwelt bewegen, die sie selbst nach ihren Bedürfnissen mitgestaltet haben.

293. Da sich die Intervention auf das gesamte Setting bezieht, kommt es nicht zur Diskriminierung von Zielgruppen, sondern zu hierarchie- und gruppenübergreifender Kommunikation und Kooperation. Durch Transparenz, Partizipation und Aktivierung werden auch gesundheitsrelevante Kompetenzen entwickelt. Darüber hinaus erfüllt das Setting besser als Ansätze der Verhaltensprävention Voraussetzungen für Lernen bei geringer formaler Bildung: Informationen und Aktivitäten knüpfen am Alltag und an den vorhandenen Ressourcen an, gemeinsam werden eigene Vorstellungen zum Belastungsabbau und zur Ressourcenmehrung entwickelt und in einem gemeinsamen Lernprozess so weit wie möglich umgesetzt (Freire, P. 1980; Baric, L. u. Conrad, G. 2000). Erfolge von Setting-Interventionen scheinen auch über mehrere Jahre relativ stabil zu bleiben (Lenhardt, U. 2003; Minkler, M. 1997).

4.5.2 Die Arbeitswelt als Handlungsfeld der Primärprävention

Perspektiven der betrieblichen Gesundheitspolitik

294. In der betrieblichen Gesundheitspolitik lassen sich zwei Perspektiven der Prävention unterscheiden. Zum einen fokussiert sie auf einzelne Gesundheitsprobleme wie z. B. Arbeits- und Wegeunfälle, Bewegungsdefizite, Alkohol- oder Tabakkonsum. Präventive Interventionen in der Arbeitswelt können populationsbezogene Kampagnen zu diesen Problemen ergänzen bzw. im Rahmen derartiger Kampagnen intensiviert werden. Zum anderen umfasst die betriebliche Gesundheitspolitik systemische Interventionen, die sich am betrieblichen Kontext und an den jeweiligen Bedarfslagen bzw. an dem Leitbild der ‚gesunden Organisation' orientieren.[62] Unabhängig von der gewählten Perspektive ergibt sich die Bedeutung der Arbeitswelt als Handlungsfeld der Präventionspolitik bereits aus der Größe der Zielgruppe, aber auch aus spezifischen Problemlagen im Setting ‚Betrieb und Verwaltung'.[63]

Bedeutung der Arbeitswelt als Handlungsfeld der Primärprävention

295. Die Bedeutung des Settings ‚Betrieb und Verwaltung' für den Gesundheitszustand bzw. die Krankheitslast der Bevölkerung lässt sich an den Erwerbstätigenquoten (Anteil der Erwerbstätigen an der Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 65 Jahren in Prozent) ablesen. Die Quoten variieren zwischen den Bundesländern. Sie erreichen ein Minimum von 56,2 % der Bevölkerung in Brandenburg und ein Maximum von 89,9 % in Bremen. Ebenfalls hoch liegt die Erwerbstätigenquote in Hamburg (86,1 %). Die westdeutschen Flächenländer verzeichnen Quoten von 75,0 % in Baden-Württemberg, 74,7 % in Bayern, 73,2 % in Hessen, 69,3 % in Nordrhein-Westfalen und 65,9 % in Niedersachsen. Die ostdeutschen Flächenländer erreichen allesamt niedrigere Erwerbstätigenquoten (Deutscher Bundestag 2003).[64] In ausnahmslos allen Ländern gehen mehr als die Hälfte, in mehreren Ländern rund drei Viertel der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter, d. h. zwischen den Altersgrenzen 15 und 65 Jahre, einer beruflichen Tätigkeit nach. Dabei handelt es sich bei einer Minderheit um selbständig Tätige, in der überwiegenden Mehrheit um in privaten und öffentlichen Betrieben bzw. Verwaltungen tätige Personen. Sie bilden eine mögliche Zielgruppe im Rahmen von Präventionskampagnen zu einzelnen Gesundheitsproblemen, die das Setting Betrieb als Zugangsweg nutzen. Erwerbstätige werden aber darüber hinaus mit gesundheitsrelevanten Belastungen (und Chancen) konfrontiert, die sich direkt aus der Erwerbstätigkeit bzw. aus dem betrieblichen Kontext ergeben.

296. Eine Teilnahme am Arbeitsleben kann, wie Ergebnisse zu den gesundheitlichen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit zeigen (Grobe, Th.G. u. Schwartz, F.W. 2003), den Gesundheitsstatus stabilisieren bzw. – bei

---

[62] Die mittlerweile eingebürgerte Metapher ‚gesunde Organisation' (z. B. Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung 2004) bezeichnet eine Organisation, die in ihrer Unternehmenskultur, Aufbau- und Ablauforganisation, ihren sozialen bzw. kommunikativen Prozessen und Anreizsystemen so ausgerichtet ist bzw. weiterentwickelt wird, dass gesundheitsrelevante Belastungen vermindert und protektive Ressourcen vermehrt werden.

[63] Der Rat empfahl bereits in einem früheren Gutachten eine stärkere Orientierung der Primärprävention am Setting-Ansatz mit Interventionen vor allem in Betrieben und Schulen (Gutachten 2000/2001, Band I, Ziffer 271).

[64] Prozentuale Angaben beziehen sich auf das Jahr 2002.

Beendigung von Arbeitslosigkeit – verbessern. Diesen positiven Einflüssen stehen physische und psychische Belastungen gegenüber, die zur Beeinträchtigung der Gesundheit und im Extremfall zur Erwerbsunfähigkeit führen können. In welchem Ausmaß die Erwerbstätigkeit der Gesundheit von Erwerbstätigen zu- oder abträglich ist, hängt vom jeweiligen Zusammenspiel dreier Faktorenbündel ab (Lenhardt, U. u. Rosenbrock, R. 2004):

– Ausmaß der Belastungen, die sich im Arbeitsvollzug ergeben (z. B. Unfallgefahr, schweres Heben und Tragen, Zwangshaltungen, ungünstige Arbeitszeitgestaltung oder Schichtarbeit, Monotonie, Stressoren wie Lärm, hoher Zeit- bzw. Termindruck),

– verfügbare personale (z. B. Bildung, Berufserfahrung) und soziale bzw. organisationale Ressourcen (z. B. soziale Unterstützung, Partizipation in der Gestaltung des Arbeitsvollzugs, Statussicherheit und Entwicklungschancen) sowie

– individuelle Bewältigungsstile und -strategien, deren Eignung allerdings von den jeweiligen Belastungen und personalen bzw. sozialen Ressourcen abhängt.

Die Gesundheitschancen von Beschäftigten werden dabei weniger durch die Bilanz von Ressourcen und Belastungen zu einem bestimmten Zeitpunkt als durch deren längerfristige Entwicklung beeinflusst.

Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung

297. Ein klassisches Gebiet betriebsbezogener Gesundheitspolitik ist der Arbeitsschutz, für den innerhalb der Sozialversicherung in erster Linie die gesetzliche Unfallversicherung (GUV) bzw. deren Träger, die gewerblichen und landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften sowie die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand, zuständig sind. Die Aufgabe der Primärprävention ist in keinem anderen Zweig der Sozialversicherung vergleichbar lange und eindeutig gesetzlich verankert und mit quasi hoheitlichen Aufsichts- und Durchsetzungskompetenzen verbunden.

Der Arbeitsschutz wurde durch rechtliche sowie durch naturwissenschaftlich-technische Perspektiven geprägt. Er führte zu einer Fülle von Sicherheitsvorschriften (Deutscher Bundestag 2003). In einer Erweiterung des Präventionsauftrags wurde der GUV 1996 neben der Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten auch die Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren übertragen. In der wissenschaftlichen Literatur sowohl zum betrieblichen Management als auch zur Gesundheitsförderung behandelte Fragen der Unternehmens- und Personalpolitik, der Organisations-, Informations- und Kommunikationsstruktur wurden in der GUV bis dahin selten in einen Zusammenhang mit dem Handlungsfeld ‚Primärprävention' gestellt.

298. Einen völlig anderen Ausgangspunkt als der Arbeitschutz nahm die Entwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Anliegen, Begriffe und Strategien der Gesundheitsförderung wurden wesentlich durch Initiativen und Publikationen der WHO, vor allem die Ottawa-Charta (1986), geprägt. Ebenfalls von der WHO mitentwickelt wurde der Setting-Ansatz. Das Setting ‚Betrieb' wurde wie auch das Setting ‚Krankenhaus' (Gutachten 2000/2001, Band I, Ziffer 220ff.), ‚Schule' (Gutachten 2003, Band II, Ziffer 507ff.) und ‚Stadt' bzw. ‚Gemeinde' in vielen Ländern zum Ziel bzw. Gegenstand von Aktivitäten der Gesundheitsförderung. Das Setting dient dabei zum einen als Zugangsweg für Interventionen, ist zum anderen aber selbst Gegenstand von Entwicklungsmaßnahmen. Die betriebliche Gesundheitsförderung ist inzwischen auch ein etabliertes Handlungsfeld der Krankenkassen (§ 20 Abs. 2 SGB V). Dennoch sind die Ansätze der betrieblichen Gesundheitsförderung noch zu wenig verbreitet.

299. Das Verhältnis von Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung wird durch die unterschiedlichen historischen und ideellen Wurzeln gepägt. Während der Arbeitsschutz mit Hilfe von Gesetzen und Verwaltungsvorschriften letztlich zentralistisch organisiert wurde, ist die Gesundheitsförderung in Unternehmen und Verwaltungen freiwillig bzw. auf dezentrale Regelungen angewiesen. Dazu gehören Vereinbarungen der Spitzenverbände der GKV, Absprachen zwischen Krankenkassen und Unternehmen, Vereinbarungen zwischen der Unternehmensleitung und dem Betriebsrat und generell die Ausrichtung an den spezifischen Gesundheitsproblemen und Bedarfslagen im jeweiligen Betrieb.

300. Von dem erweiterten Arbeitsschutz und der vor allem von Krankenkassen getragenen und in Projektform organisierten Gesundheitsförderung wird ein von der Unternehmensleitung ausgehendes ‚betriebliches Gesundheitsmanagement' als ein dritter Ansatz einer modernen betrieblichen Gesundheitspolitik unterschieden. Zu den Kernaufgaben der betrieblichen Gesundheitspolitik gehört die Integration des Arbeitsschutzes mit dem mehr ressourcenorientierten Ansatz der betrieblichen Gesundheitsförderung und weiteren Ansätzen des Personal- und Gesundheitsmanagements mit dem Ziel, neuen betrieblichen Bedarfslagen Rechnung zu tragen.[65] Bei der Bewältigung dieser Aufgabe sind aber vor allem kleinere und mittlere Unternehmen auf fachliche Beratung und Unterstützung durch überbetriebliche Akteure, z. B. Berufsgenossenschaften und Krankenkassen, angewiesen.

Demographische Entwicklung und struktureller Wandel

301. In den kommenden Jahren und Jahrzehnten ist eine Verschiebung der Altersverteilung der Belegschaften zu erwarten (z. B. Buck, H. et al. 2002; Clemens, W. 2004). Dazu tragen die Veränderung der Altersverteilung der Bevölkerung, aber auch neue Knappheiten auf dem Arbeitsmarkt insbesondere bei qualifizierten Arbeitskräften und

[65] Zu diesen sich verändernden Bedarfslagen zählt auch die Veränderung des Ressourcen- und Belastungsspektrums durch einen steigenden Anteil von Mitarbeitern aus anderen Kulturkreisen.

ggf. eine Erhöhung des Renteneintrittsalters bei. Daher wird das betriebliche Gesundheitsmanagement das Ziel verfolgen müssen, die Krankheitslast bzw. die Zahl der aufgrund von Arbeitsunfähigkeit ausgefallenen Arbeitstage (AU-Tage) der Beschäftigten zu reduzieren und generell ihre Einsatzbereitschaft und Produktivität langfristig zu erhalten und zu erhöhen. Dazu trägt eine zielführende Anpassung der Arbeitsplätze bzw. Produktionssysteme bei. Ein steigender Stellenwert der Primärprävention im Betrieb bedeutet, dass das betriebliche Gesundheitsmanagement ein integraler Bestandteil der Personalpolitik werden muss.

302. Diese Aufgabe stellt sich insbesondere angesichts des Strukturwandels in Richtung einer ‚Wissens- und Dienstleistungsgesellschaft', in der der Unternehmenserfolg von der Kompetenz, Motivation und vom Verhalten der Beschäftigten im Umgang mit Technik, Menschen und Informationen abhängt. Neuere Untersuchungen deuten darauf hin, dass vom traditionellen Arbeitsschutz wenig beachtete Belastungsfaktoren wie hoher Zeitdruck, Zunahme der zu leistenden Arbeitsmenge und wachsende Verantwortung an Bedeutung gewinnen (Badura, B. u. Hehlmann, T. 2003; Lenhardt, U. 2003). Eine zunehmende Konkurrenz in einer ‚globalen Informations- und Dienstleistungsökonomie' wird sich zwar branchenspezifisch unterschiedlich auswirken, vielfach aber auch zu einer Erhöhung der gesundheitlichen Belastung führen.

303. Im Kontext des gegenwärtigen Strukturwandels ist eine Flexibilisierung von Arbeitsformen zu beobachten. Projektarbeit in flachen Hierarchien, Gruppenarbeit als eine Form selbstregulierter Kooperation, flexible Arbeitszeitregime und ergebnisorientierte Entlohnungssysteme werden häufiger eingesetzt. Diese Organisationsformen können mit vielseitigeren und interessanten Aufgaben und einer Zunahme der Gestaltungsfreiheit verbunden sein (*job enrichment*). Daneben nimmt aber auch die Zahl befristet oder selbständig Beschäftiger zu (‚neue Selbständigkeit'). Derartige mit hoher beruflicher Unsicherheit verbundene ‚flexible' Arbeitsformen können die psychische Belastung erhöhen, protektive Ressourcen dagegen vermindern (Lenhardt, U. 2003). Es ist anzunehmen, dass die gesundheitlichen Folgen der ‚Flexibilisierung der Arbeitswelt' vor allem in Abhängigkeit von der Branche, den Charakteristika des jeweiligen Betriebs und der sozialen Kontexte, der berufsbezogenen Ausbildung und Erfahrung und letztlich der personalen, sozialen und materiellen Ressourcen bzw. dem sozioökonomischen Status der Betroffenen beträchtlich variieren.

Kleine und mittlere Unternehmen

304. Aktivitäten von Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitspolitik konzentrierten sich lange Zeit auf größere Betriebe. In Abhängigkeit von der Kassenart sind hinsichtlich der Betriebsgröße aber verschiedene Schwerpunkte zu erwarten. Betriebskrankenkassen (BKKen) wurden zumeist von größeren Unternehmen gegründet. Mitglieder der AOKen gehören dagegen auch kleinen und mittleren Betrieben an. Innungskrankenkassen (IKKen) sind vor allem im kleinbetrieblich-handwerklichen Bereich verankert (Lenhardt, U. 2003). Im Zuge der durch Wahlfreiheit der Versicherten und Wettbewerb der Krankenkassen ausgelösten Mitgliederbewegungen verlieren diese Zuordnungen jedoch an Bedeutung.

Große Unternehmen verfügen in der Regel über mehr personelle und materielle Ressourcen für Aktivitäten im Arbeits- und Gesundheitsschutz und in der betrieblichen Gesundheitsförderung als Klein- und Mittelbetriebe. Letztere stellen in Deutschland allerdings die Mehrzahl sowohl der Unternehmen als auch der Arbeitsplätze. Daraus ergibt sich für die überbetrieblichen Akteure der Primärprävention die Aufgabe, an die Motiv- und Bedarfslagen sowie an die Ressourcen kleinerer Unternehmen angepasste Angebote zu entwickeln (vgl. NFO Infratest Gesundheitsforschung u. AOK Bayern 2002).

4.5.3 Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung

Betriebe und Erwerbstätigkeit in der Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Bundes und der Länder

305. Eine arbeitsweltbezogene Berichterstattung mit Daten zur Morbidität und Mortalität von Erwerbstätigen wurde in Deutschland im Ansatz bereits im 19. Jahrhundert entwickelt (Milles, D. u. Müller, R. 2002). Auch in der aktuellen GBE des Bundes werden für das Setting Betrieb relevante Informationen zu Gesundheitsstatus, Risikofaktoren, Belastungen und Ressourcen als Querschnittsthema berücksichtigt. Der 1998 publizierte Gesundheitsbericht des Bundes behandelte auch die Themen ‚Belastungen aus der Arbeitswelt' und ‚Berufskrankheiten und Arbeitsunfälle' in eigenen Kapiteln. Die arbeitsweltbezogene GBE bildet aber keinen Schwerpunkt der Berichterstattung auf der Bundesebene. Die GBE des Bundes soll allerdings zu den Themen Arbeitslosigkeit und Gesundheit, Behinderung, Arbeitsunfähigkeit, Berufskrankheiten und Arbeitsunfälle sowie Frühberentung ausgebaut werden (Ziese, T. 2002).[66]

306. Auf der Ebene der Bundesländer sind Arbeitsschutzberichte verfügbar (Mohr, D. 2002). Die Gesundheitsberichterstattung der Länder enthält insgesamt aber nur wenige arbeitsweltbezogene Daten (Kuhn, J. 2002). Gesundheitsziele und -programme auf der Ebene von Ländern bzw. Regionen beziehen sich in der Regel nicht auf die Zielgruppe der Erwerbstätigen (Göbel, E. et al. 2002).

Routineinformationen der Sozialversicherung

307. Die Zahl der meldepflichtigen Arbeitsunfälle geht seit 1960 zurück, variiert dabei aber zwischen den Bran-

[66] Die Möglichkeiten der Datenerhebung und -verarbeitung und damit auch der Gesundheits- und Versorgungsberichterstattung wurden 2004 durch das GMG (§ 303a-f SGB V) erweitert.

chen.[67] Vergleichsweise hoch ist die Zahl der meldepflichtigen Unfälle in den Wirtschaftszweigen Bau (79 Fälle je 1 000 Vollarbeiter im Jahr 2002), Holz (76) und Landwirtschaft (60). Als ‚Berufskrankheit' im versicherungsrechtlichen Sinne ist eine Krankheit definiert, die von der Bundesregierung nach § 9 Abs. 1 SGB VII durch Verordnung und mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheit anerkannt ist.[68] Eine weitere Bedingung für die Anerkennung im Einzelfall ist, dass der Versicherte die Krankheit infolge der Ausübung einer versicherten Tätigkeit erleidet. Die Zahl der anerkannten Fälle geht seit 1995 zurück. Sie lag 2002 bei 18 352 Fällen (Deutscher Bundestag 2003). Die Erhebung, Auswertung und Publikation von statistischen Daten zu Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten gehört zum Aufgabenspektrum der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV). Sie bilden die berufsbedingte Krankheitslast und das Gefährdungspotenzial bestimmter Arten der Berufstätigkeit aber nur sehr unvollständig ab.

308. Routineveröffentlichungen der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) beziehen sich u. a. auf die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen sowie Berentungsdiagnosen. Epidemiologische Analysen zu den Ursachen der Frühberentung sind eine Voraussetzung für Planungsvorhaben in der medizinischen Rehabilitation, um den Grundsatz ‚Rehabilitation vor Rente' umsetzen zu können (Tiemann, F. 2002). In der Analyse von statistischen Angaben zur Frühberentung und ihrer Bedeutung für das betriebliche Gesundheitsmanagement sollte aber auch berücksichtigt werden, dass die vorgezogene Berentung in den zurückliegenden 25 Jahren eine zentrale, von allen Akteursgruppen unterstützte Strategie zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit war. Diese Politik der Frühberentung hat vermutlich dazu beigetragen, dass die meisten Unternehmen nur relativ wenig Initative in der betrieblichen Gesundheitspolitik entwickelten (Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung 2004).

309. Daten zu AU-Tagen werden von BKKen, AOKen und einzelnen Ersatzkassen publiziert. Sie erfassen insgesamt rund 20 Mio. erwerbstätige Mitglieder der GKV (Zoike, E. 2002). Diese Datenbasis umfasst als versichertenbezogene Merkmale u. a. das Alter, Geschlecht und den Wohn- und Arbeitsort sowie als tätigkeitsbezogene Merkmale den Wirtschaftszweig, den Beruf, die Ausbildung und Stellung im Beruf, Informationen zur Morbidität wie Diagnosen, Unfallarten und Falldauern sowie Leistungsinformation z. B. zum Bezug von Krankengeld. Damit sind prinzipiell Auswertungen u. a. nach Branchen, Berufen, Regionen und Krankheitsgruppen möglich. Über AU-Daten hinaus publiziert das WIdO seit 1999 in einem ‚Fehlzeiten-Report' Analysen zur Arbeitswelt und zur betrieblichen Gesundheitsförderung.

[67] Dieser Rückgang ist sowohl ein Erfolg der Primärprävention durch den Arbeitsschutz als auch das Ergebnis des technischen Fortschritts und des Wandels der Arbeitswelt.

[68] Eine Berufskrankheitenverordnung wurde erstmals 1925 erlassen und erlaubte eine Entschädigung bei 11 anerkannten Krankheiten. Die Liste der möglichen Berufskrankheiten umfasst derzeit 68 Krankheiten (Bundesverband der Unfallkassen 2004).

Gesundheitsberichte auf betrieblicher Ebene

310. Seit 1996 ist jeder Betrieb verpflichtet, eine Beurteilung der Arbeitsbedingungen als ‚Gefährdungsbeurteilung' durchzuführen. Die Betriebe sind dieser Pflicht aber nicht durchgehend nachgekommen (Gensch, R.W. 2002; Lenhardt, U. 2003). Oft fokussiert die Beurteilung der Arbeitsbedingungen mehr auf Sicherheitsrisiken im Sinne von potenziellen Unfallursachen als auf Gesundheitsrisiken im weiteren Sinne einschließlich psychischer Belastungen. Gesundheitsbezogene Ressourcen werden in der Regel nicht erfasst. Vor allem kleinere Betriebe verfügen z. T. selbst nach einer Beurteilung der Arbeitsbedingungen nicht über schriftliche Dokumentationen, da nur bei Beschäftigung von mehr als 10 Mitarbeitern die Anfertigung derartiger Unterlagen vorgeschrieben ist (ebd.). Dokumentierte Ergebnisse werden überdies nicht auf überbetrieblicher Ebene zusammengeführt und mit Daten der Krankenkassen verknüpft, um branchen- und berufsbezogene Auswertungen zu ermöglichen (Metz, A.-M. 2002).

Personenbezogene Daten aus betriebsärztlichen Arbeitnehmeruntersuchungen entziehen sich aus berufs- und datenrechtlichen Gründen einer Auswertung durch den Betrieb. Diese Daten werden auch häufig im Zusammenhang mit Entscheidungsprozessen im Hinblick auf einzelne Arbeitsplätze erhoben. Sie eignen sich damit nur bedingt für betriebsbezogene Bestandsaufnahmen. Auch die limitierten personellen und materiellen Ressourcen vor allem der Kleinst-, Klein- und Mittelbetriebe erschweren Aktivitäten zur Verbesserung der Datenbasis. Unter diesen Voraussetzungen werden epidemiologisch gehaltvolle Ergebnisse oft nur fremdfinanziert und auf einer überbetrieblichen Ebene zu organisieren sein (Gensch, R.W. 2002).

Krankenkassen bieten Betrieben und Verwaltungen eine systematische Aufbereitung von AU-Daten an. Damit erhalten auch Betriebe, die selbst keine Auswertung ihrer AU-Daten vornehmen, einen systematischen Zugang zu Gesundheitsdaten ihrer Mitarbeiter. Zwar setzen statistische und datenrechtliche Anforderungen der betriebsbezogenen GBE bei kleinen Betrieben Grenzen, doch sind AU-Auswertungen ab einer Belegschaft von ca. 50 Mitarbeitern machbar (NFO Infratest Gesundheitsforschung u. AOK Bayern 2002).

AU-Diagnosen dienen einer Begründung von Arbeitsunfähigkeit und nicht einer vollständigen Beschreibung des Gesundheitsstatus. Sie enthalten insbesondere keine Information über Krankheiten, die, wie z. B. Hautkrankheiten oder Hypertonie, oft überhaupt nicht bzw. dank ärztlicher Versorgung nicht zur Arbeitsunfähigkeit führen, und müssen um Ergebnisse weiterführender Untersuchungen bzw. Versorgungsdaten ergänzt werden, um das Krankheitsspektrum in einem Betrieb annähernd zu erfassen. AU-Daten enthalten weiterhin keine Information zu noch nicht diagnostizierten Frühstadien von Erkrankungen, Risikofaktoren und zu gesundheitsbezogenen Ressourcen. Sie erlauben auch keine sichere Aussage zu den möglichen Auswirkungen der Arbeitsplatzsituation auf das Morbiditätsspektrum und zur relativen Bedeutung von Arbeitszeit und Nicht-Arbeitszeit. Dabei geht es um

die Rolle, die Lebensbedingungen und -stile außerhalb der Erwerbstätigkeit für die Entstehung von Krankheit und Arbeitsunfähigkeit spielen.

Neben anonymisierten Auswertungen von AU-Daten, die z. T. nach Alter, Geschlecht, Tätigkeit und Diagnose differenziert werden, enthalten betriebliche Gesundheitsberichte auch branchenbezogene Vergleichswerte sowie Ergebnisse weiterer auf den Betrieb zugeschnittener Erhebungen und Untersuchungen, wie Mitarbeiterbefragungen und Arbeitsplatzbeobachtungen. Informationen zu Abteilungsstrukturen, Führungsmodellen, Lohn- und Gehaltsgefüge, Schichtzyklen, Ansätzen der Organisationsentwicklung etc. können in die Berichte aufgenommen werden. Allerdings verursachen qualifizierte und über die Auswertung von AU-Daten durch Krankenkassen hinausgehende Berichte auf Seiten des Unternehmens z. T. einen erheblichen Aufwand, so dass sie eher in Unternehmen mit einer zum Gesundheitsmanagement motivierten Führung erstellt werden (Müller, H. 2002). Da betriebliche Berichte vertrauliche Informationen enthalten, werden sie in der Regel nicht veröffentlicht.

Branchen- und berufstypische Problemlagen

311. Unterschiede im Gesundheitsstatus von Erwerbstätigen lassen sich derzeit vor allem auf der Basis von AU-Tagen ermitteln. Umfang und Struktur der Arbeitsunfähigkeit werden maßgeblich von Alter und Arbeitsumfeld bzw. Branche und Beruf geprägt. Eine Hochrechnung von AU-Daten der BKK-Versicherten auf alle sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, die um strukturelle Unterschiede zwischen diesen Versichertengruppen bereinigt wurde, zeigt deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Wirtschaftszweigen (Abbildung 5).

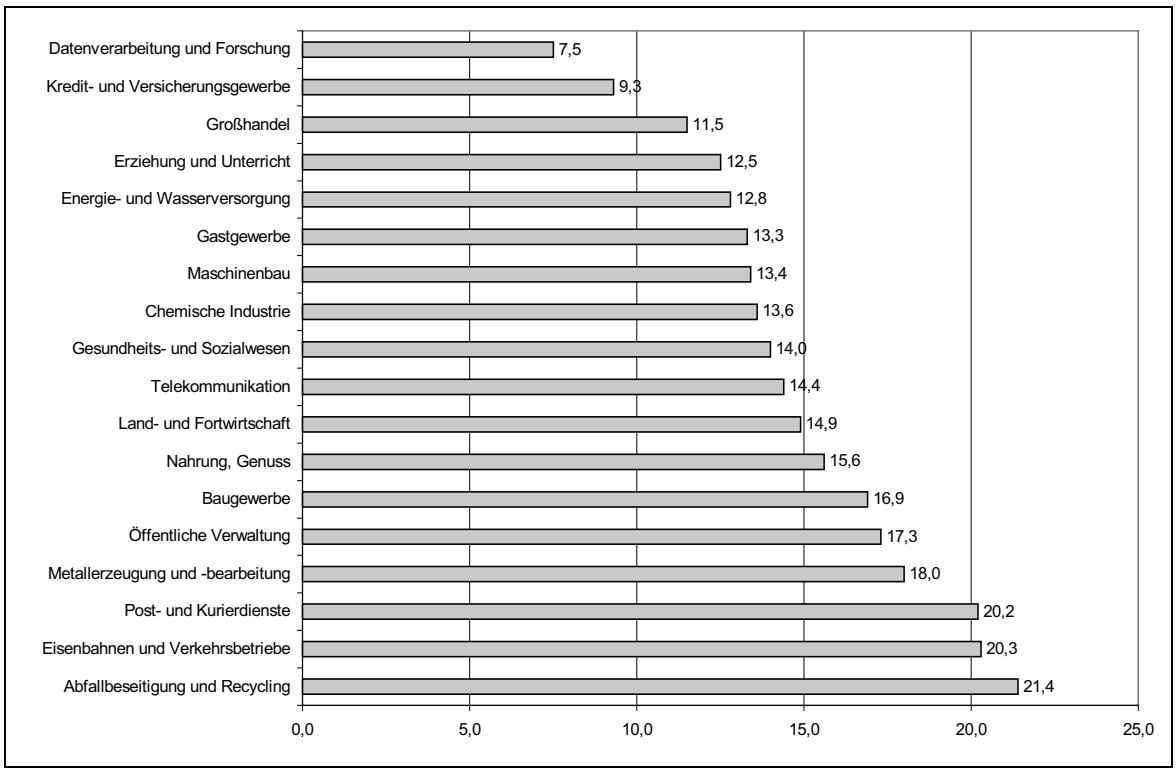
Den geringsten Krankenstand weisen die Bereiche Datenverarbeitung und Forschung mit nur 7,5 AU-Tagen je sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und das Kredit- und Versicherungsgewerbe (9,3 AU-Tage) auf. Die meisten krankheitsbedingten Ausfalltage wurden in der Abfallwirtschaft (21,4), den Verkehrsbetrieben (20,3), den Post- und Kurierdiensten (20,2) sowie der öffentlichen Verwaltung (17,3; vgl. dazu Sochert, R. u. Schwippert, C. 2003) gemeldet.

Erhebliche Unterschiede zeigen sich auch im Hinblick auf Berufsgruppen. Am oberen Ende der Skala stehen Reinigungsberufe (24,2 im Jahr 2002), Formgießer (23,9), Metallverbinder, z. B. Schweißer (23,4), und Schmiede (23,1). Die wenigsten AU-Tage weisen natur-, geistes- und sozialwissenschaftliche Berufe auf, z. B. Chemiker, Physiker und Mathematiker (1,5), angestellte Ärzte und Apotheker (2,9) und Ingenieure (3,3).

Die Morbiditätsprofile variieren zwischen den Wirtschaftszweigen. So treten Muskel- und Skelettkrankheiten in den Bereichen Abfallbeseitigung und Recyling,

Abbildung 5

AU-Tage je sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nach Wirtschaftsgruppe im Jahr 2002



Quelle: BKK Bundesverband 2004, eigene Auswahl und Darstellung

Post- und Kurierdienste sowie Metallerzeugung und -bearbeitung überdurchschnittlich häufig auf und erklären damit einen Teil der in diesen Zweigen hohen Krankenstände. AU-Daten liegen für Bundesländer, Diagnosegruppen und Einzeldiagnosen vor (vgl. BKK Bundesverband 2004).

Einflussfaktoren arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren

312. Nach dem Stand des epidemiologischen Wissens können vier Gruppen von Einflussfaktoren unterschieden werden (Siegrist, J. et al. 2003; Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung 2004):

- Chemische, biologische und physikalische Umwelteinflüsse (Noxen wie zu Vergiftungen und Verätzungen führende chemische Substanzen, Lösemittel, die das Krebsrisiko erhöhen, Asbest, ständige Belastung durch Lärm),
- körperliche Arbeitsbelastungen (z. B. mit hohem Kraftaufwand ausgeführte Bewegungen wie schweres Heben, in dauerhaft angespannter Körperhaltung verrichtete Tätigkeiten, Ganzkörpervibration),
- arbeitszeitbedingte Belastungen (Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus bei Schichtarbeit, Fehlen von Erholungsmöglichkeiten) und
- (zunehmend) psychosoziale Arbeitsbelastungen und chronische Stresserfahrungen.

Weiterentwicklung der arbeitsweltbezogenen GBE

313. Die GBE stellt zur Zeit noch relativ wenige Informationen

- zur Krankheitslast in Branchen und Betrieben, soweit sie sich nicht in Fehlzeiten niederschlägt,
- zu Prävalenzen und Ausprägungen von Belastungen und Risikofaktoren,
- zu sozialen bzw. organisationellen und weiteren Ressourcen in Betrieben,
- zur Durchführung und Effektivität primärpräventiver Interventionen nach Region und Branche und
- generell zum Stand des betrieblichen Gesundheitsmanagements

auf kontinuierlicher Basis zur Verfügung.

314. Standardisierte Messverfahren liegen bisher zur Einschätzung von ergonomischen, physikalischen, chemischen und biologischen Einflussfaktoren vor; entsprechende Instrumente zur psychischen Arbeitsbelastung müssen noch weiter entwickelt und erprobt werden (Metz, A.-M. 2002). Dennoch sollte an dem Ziel festgehalten werden, das Spektrum der in der GBE berücksichtigten Belastungen, Gefährdungen, Risikofaktoren und Erkrankungen um psychische Belastungen und Erkrankungen sowie um gesundheitsrelevante Ressourcen zu erweitern. Weiterhin ist eine Verknüpfung der arbeitsweltbezogenen GBE mit der länderbezogenen bzw. der regionalen und kommunalen GBE anzustreben. Perspektivisch müssen auch Daten zur Wirtschaftsstruktur und zur Entwicklung von einzelnen Branchen, zu Veränderungen der Erwerbsarbeit (Zunahme fraktionierter Erwerbsverläufe, von Heim- und Telearbeit) sowie zu den Auswirkungen nationaler und internationaler Mobilität mit ihren Folgen für gesundheitsrelevante Belastungen und Ressourcen in die GBE einbezogen werden.

4.5.4 Interventionen im Setting ‚Betrieb und Verwaltung'

4.5.4.1 Variationsbreite von Interventionen

315. Interventionen im betrieblichen Gesundheitsmanagement weisen eine beachtliche Breite an Zielen, Konzepten und Instrumenten auf. Sie bewegen sich zwischen den Polen eines klassischen, z. T. rechtlich erzwungenen, relativ klar strukturierten und delegierbaren Arbeitsschutzes und systemischen Interventionen der Organisationsentwicklung, die gesundheitsbezogene Ziele neben anderen Handlungsfeldern wie dem Qualitäts- und Umweltmanagement in das Unternehmensleitbild und in Management- und Führungssysteme integrieren.

316. Auf spezifische Gesundheitsprobleme wie Rauchen und Alkohol-, Medikamenten- und Drogenmissbrauch zielende Maßnahmen sind im Vergleich zu Interventionen der Organisationsentwicklung unaufwändig zu organisieren. Sie können überdies, allerdings in Abhängigkeit von den besonderen Problemlagen in einem Betrieb und von deren Wahrnehmung durch Führungskräfte und Belegschaft, sinnvolle Bestandteile der in dem Betrieb verfolgten Strategie zur Gesundheitsförderung sein. Weiterhin können sie an bevölkerungsbezogene Präventionskampagnen anknüpfen. Interventionen zu Einzelproblemen werden jedoch der Intention des Setting-Ansatzes nicht vollständig gerecht und ersetzen vor allem kein schlüssiges Gesamtkonzept für das Gesundheitsmanagement eines Unternehmens oder einer öffentlichen Verwaltung.

4.5.4.2 Interventionen zu Einzelproblemen

Tabakkonsum

317. Im betrieblichen Setting sind rechtliche Vorgaben, z. B. im Arbeitsschutzgesetz aus dem Jahr 1996 und in der 2004 neu gefassten Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV), zu beachten. Nach § 5 ArbStättV hat der Arbeitgeber „die erforderlichen Maßnahmen zu treffen, damit die nichtrauchenden Beschäftigten in Arbeitsstätten wirksam vor den Gesundheitsgefahren durch Tabakrauch geschützt sind." Arbeitgeber können dieser Verpflichtung zum Nichtraucherschutz durch Betriebsvereinbarungen, Regelungen kraft ihres Weisungsrechts und durch arbeitsvertragliche Regelungen nachkommen.[69] Neben Rauchverboten, die auf Betriebsteile wie die Kantine begrenzt

[69] Aus der Perspektive des Nichtraucherschutzes vorbildliche Betriebsvereinbarungen wurden auch publiziert (http://www.who-nichtrauchertag.de/html/nrs€leitfaden.html).

werden können, und der räumlichen Trennung von Rauchern und Nichtrauchern können lüftungstechnische Maßnahmen ergriffen werden. Der Nichtraucherschutz sollte um Angebote zur Tabakentwöhnung ergänzt werden.

318. Die Effektivität von betrieblichen Programmen zum Risikofaktor Rauchen wurde in verschiedenen Studien belegt (Kreis, J. u. Bödeker, W. 2003). Für die betriebliche Tabakkontrolle gilt aber wie auch für andere Interventionen der betrieblichen Gesundheitspolitik, dass sie den konkreten Bedarfslagen und der Problemwahrnehmung im jeweiligen Betrieb gerecht werden muss. Instrumente einer partizipativen Gestaltung des Settings, z. B. Gesundheitszirkel, haben deshalb auch für dieses Handlungsfeld eine Bedeutung.

Alkoholkonsum

319. Betriebliche Ereignisse wie Ein- und Ausstand, Beförderung, Betriebsfeiern, Jubiläen, Geburtstage und Geschäftsabschlüsse bieten Anlass zum Alkoholkonsum. Krisen im Betrieb können die Bereitschaft zum Alkoholkonsum als Versuch der Konfliktbewältigung erhöhen. Andererseits beeinflusst Alkoholmissbrauch die Leistungsfähigkeit und Sicherheit von Mitarbeitern. Die kulturelle Verwurzelung des Alkohols in einem Land mit im internationalen Vergleich hohem Konsum wie Deutschland begrenzt aber die Effektivität von Maßnahmen, die sich auf den Betrieb beschränken und das betriebliche bzw. soziale Umfeld nicht in Strategien der Gesundheitsförderung einbeziehen. Darüber hinaus muss die Gesundheitsförderung mögliche Substitutionsprozesse, d. h. einen Wechsel der Suchtstoffe, und eine u. U. auftretende Mehrfachabhängigkeit berücksichtigen.

320. Die Möglichkeiten der Alkoholprävention werden im betrieblichen Kontext noch zu wenig genutzt. Elemente eines betrieblichen Konzeptes zur Suchtprävention können sein (Heinze, G. u. Reuß, M. 2003):

- Regelungen zur innerbetrieblichen Struktur:
- Etablierung eines Arbeitskreises ‚Gesundheit und Suchtprävention',
- Abbildung einer Interventionskette (Verhaltensauffälligkeiten als Auslöser von Interventionen),
- Aufbau eines Beratungsangebots, z. B. mit Hilfe von Betriebsarzt und Suchthelfer,
- Qualifizierung betrieblicher Multiplikatoren und Führungskräfte,
- Information aller Beschäftigten über geeignete Medien, z. B. Betriebszeitung, Intranet, Flyer, Broschüren, Plakate,
- Unterstützung durch externe Beratung:
- vertiefende Qualifizierung spezieller Personengruppen, u. a. Vorgesetzte,
- Vernetzung mit regionalen Beratungs- und Behandlungsstellen.

Ein Verzicht auf Alkoholkonsum im Betrieb kann in Betriebsvereinbarungen oder auch aufgrund der Anweisung eines Vorgesetzten vorgeschrieben werden. Betriebliche Alkoholverbote werden jedoch häufig umgangen. Die Durchsetzbarkeit eines Alkoholverbots ist in der Praxis vor allem dann fraglich, wenn alkoholabhängige Mitarbeiter beschäftigt werden.

Medikamenten- und Drogenmissbrauch

321. Konzepte der Suchtprävention in Betrieben sollten auch möglichen Medikamenten- und ggf. Drogenmissbrauch umfassen. Potenziale für Missbrauch und Abhängigkeit weisen u. a. Mittel aus folgenden Gruppen auf (z. B. Heinze, G. u. Reuß, M. 2003):

- Schlafmittel,
- Psychopharmaka (Neuroleptika, Antidepressiva, Tranquilizer),
- Psychostimulantien und ‚Appetitzügler' (vor allem Amphetamine),
- blutdruckbeeinflussende Arzneimittel (z. B. im Zusammenhang mit Alkohol, aufgrund von Nebenwirkungen wie Müdigkeit und körperliche Leistungsminderung),
- Ophtalmika (Auswirkungen auf Sehleistung und Reaktionsvermögen) und
- Schmerzmittel (Opiate, Kombinationspräparate wie Schmerzmittel mit Codein oder Coffein) sowie
- Haschisch.

Gemeinsam ist diesen Substanzen, dass sie das Denk-, Reaktions- und Leistungsvermögen beeinträchtigen können und zur Gefährdung der Konsumenten, aber auch anderer betroffener Personen führen. Missbrauchsfördernde Arzneimittel sollten nicht in Betriebsapotheken aufgenommen werden.[70]

Physische Aktivität

322. Hohe bzw. einseitige körperliche Belastungen stellen in einzelnen Branchen bzw. Berufen nach wie vor ein Problem dar. Andererseits gilt ein Rückgang physischer Aktivität am Arbeitsplatz als eine Ursache zunehmender Bewegungsarmut, von Übergewicht und Adipositas. Sport- und Bewegungsangebote in Betrieben und Verwaltungen eignen sich aufgrund der leichten Erreichbarkeit im Prinzip für eine zumindest partielle Kompensation von Bewegungsdefiziten. Leitlinien zur Förderung der physischen Fitness von Beschäftigten wurden u. a. von der WHO (1999c) publiziert.

Sport- und Bewegungsangebote im betrieblichen Kontext haben eine lange Tradition. Der organisierte Betriebssport entwickelte sich bereits Ende des 19. Jahrhunderts zu

[70] Ein Aspekt der Arzneimittelanwendung in der Arbeitswelt ist aber auch, dass sie die Arbeitsfähigkeit von Mitarbeitern u. U. erst herstellt.

einem Element der betrieblichen Sozialpolitik (König, J. 1996). Er verzeichnet gegenwärtig allerdings einen Mitgliederrückgang (Müller, R. 2004). Vor diesem Hintergrund sollten Betriebe und Verwaltungen in Kooperation mit Sportvereinen und -studios, Krankenkassen und weiteren Anbietern im Bereich der Gesundheits- und Sportförderung vermehrt attraktive Angebote organisieren, die den Interessen der Mitarbeiter entsprechen und sich in deren Arbeitsalltag integrieren lassen.

Ernährung

323. Nicht alle Betriebe organisieren ein eigenes Verpflegungsangebot. Während Schicht-, Nacht- und Wochenendarbeiten sowie bei einer Beschäftigung im Freien oder an häufig wechselnden Einsatzorten steht häufig ebenfalls nur ein beschränktes Angebot zur Verfügung. Selbst wenn eine von den meisten Mitarbeitern genutzte Kantine betrieben wird, entspricht die betriebliche Verpflegung oft ebenso wenig ernährungswissenschaftlich begründeten Anforderungen wie die Verpflegung von Teilen der Bevölkerung außerhalb der Arbeitszeit. Zu den Problemen zählen (BKK Bundesverband 2005):

- zu hohe Energiezufuhr aufgrund unzweckmäßiger Portionierung und Zusammenstellung der Gerichte,
- überreichlicher Verzehr an Fleisch- und Wurstwaren mit hohem Fettgehalt,
- zu wenige Wahlmöglichkeiten (Komponenten), z. B. frische Salate, Obst, Gemüse,
- zu wenige Zwischenmahlzeiten und Alternativen zu Süßwaren,
- zu viele zuckerhaltige Speisen (gezuckerter Fruchtquark bzw. -joghurt etc.) und Getränke (gezuckerte Säfte, Limonaden, Cola), und
- unzureichende Berücksichtigung des Ernährungsbedarfs bei Schichtarbeit.

324. Eine qualitativ wertvolle Betriebsverpflegung kann Ernährungsfehler im privaten Bereich partiell kompensieren[71] und mit ansprechenden Ideen und Beispielen zu einer Veränderung der Ernährungsgewohnheiten motivieren. Veränderungen in den Familien- und Haushaltsstrukturen wie die Zunahme von Ein-Personen-Haushalten und die Berufstätigkeit beider Ehe- bzw. Lebenspartner erhöhen den Stellenwert betrieblicher Ernährungsangebote. Verpflegungspausen und eine einladend gestaltete Kantine schaffen darüber hinaus Gelegenheiten der sozialen Interaktion und tragen zu einer positiven Unternehmenskultur bei (BKK Bundesverband 2005).

4.5.4.3 Systemische Interventionen im Setting Betrieb

325. Der Setting-Ansatz umfasst Prozesse der Organisationsentwicklung. Die Organisation mit ihrer Struktur, ihren Anreizsystemen und kommunikativen Prozessen soll unter Mitwirkung (Partizipation) der Beschäftigten zu einer ‚gesunden' Organisation weiterentwickelt werden. Merkmale der Idealtypen ‚gesunde' bzw. ‚ungesunde' Organisation dienen einer Einordnung von sozialen Systemen auf einem Kontinuum, dessen Endpunkte jeweils als ‚gesund' bzw. ‚ungesund' interpretiert werden (Tabelle 49). Es ist zu erwarten, dass mit Qualitäts- und Produktivitätsverlusten verbundene ‚Symptome' wie hohe Krankenstände, hohe Fluktuation, ‚*mobbing*', ‚*burnout*' und ‚innere Kündigung' häufiger in ‚ungesunden' Systemen auftreten (Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung 2004).

326. Ziele und Handlungsfelder des Gesundheitsmanagements, d. h. des Gesundheitsschutzes und der Gesundheitsförderung, müssen mit den anderen betriebspolitischen Handlungsfeldern, insbesondere der Personalpolitik und dem Qualitätsmanagement, abgestimmt und zu diesem Zweck sowohl in das Unternehmensleitbild als auch in Management- und Führungssysteme integriert werden. Veränderungen müssen auf folgenden Ebenen des betrieblichen Geschehens erfolgen (vgl. Rosenbrock, R. 2003; Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung 2004):

- Arbeitsmittel und Arbeitsumgebung: Berücksichtigung ergonomischer Erkenntnisse und der individuellen Konstitution.
- Arbeitszeit: Festlegung adäquater Arbeitszeiten und Ruhepausen, Anpassung der Rhythmen der Arbeit an die Möglichkeiten der Beschäftigten.
- Arbeitsorganisation: Transparenz der Arbeitsabläufe, Arbeitsanreicherung durch Integration von planenden, ausführenden, steuernden und kontrollierenden Tätigkeiten, Vermeidung störender Arbeitsunterbrechungen, Partizipation in der Arbeitsorganisation.
- Sozialbeziehungen: Offene und flache Kommunikationswege zu Vorgesetzten und Kollegen, Konfliktlösung, transparente Anreizsysteme (Entlohnung) und soziale Anerkennung.
- Individuelle Anpassung: Qualifizierung für gegenwärtige und zukünftige Tätigkeiten, Einführung in die Arbeitsaufgaben, zielorientierte Maßnahmen des Trainings und der Gesundheitsförderung.
- Unterstützendes Umfeld: An- und Ernstnehmen von Beschwerden; Vereinbarkeit von Beruf und Familie bzw. Privatleben (*work-life-balance*), ggf. Einrichtung von Schonarbeitsplätzen.

327. In der häufigen Fokussierung der betrieblichen Gesundheitspolitik auf eine Reduktion von Fehlzeiten, Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten wurde nicht immer ausreichend gewürdigt, dass ‚weiche' Faktoren wie die Unternehmenskultur, die Qualität sozialer Beziehungen, Vertrauen und Selbstvertrauen und die Identifikation der Belegschaft mit dem Unternehmen dessen Produktivität, langfristig aber auch den Gesundheitszustand der Be-

[71] Ein Beispiel ist die Verwendung von jodiertem Salz in Betriebskantinen.

Tabelle 49

Merkmale ‚gesunder' und ‚ungesunder' Organisationen

	‚Gesunde' Organisation	‚Ungesunde' Organisation
Sinnstiftende Betätigung	stark verbreitet	weniger stark verbreitet
Soziale Kompetenz	stark ausgeprägt und verbreitet	gering ausgeprägt und verbreitet
Stabilität, Funktionsfähigkeit primärer Beziehungen	hoch	gering
Umfang sozialer Kontakte jenseits primärer Beziehungen	groß	gering
Gegenseitiges Vertrauen, Zusammenhalt unter Mitgliedern	groß	gering
Ausmaß persönlicher Beteiligung an systemischer Willensbildung (Partizipation)	hoch	gering
Vertrauen in die Führung	groß	gering
Identifikation der Mitglieder mit übergeordneten Zielen und Regeln ihres sozialen Systems (‚Wir-Gefühl', *commitment*)	stark ausgeprägt	gering ausgeprägt
Vorrat an gemeinsamen Überzeugungen, Werten und Regeln (‚Kultur')	groß	gering
Ausmaß sozialer Ungleichheit (Bildung, Status, Einkommen)	moderat	hoch

Quelle: Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung (2004)

schäftigten beeinflussen (vgl. Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung 2004).[72] Die Unternehmenskultur, die Personalpolitik und die betriebliche Gesundheitspolitik müssen so gestaltet werden, dass die personalen und sozialen Ressourcen des Unternehmens bzw. das ‚Humankapital' der Beschäftigten (Bildung, Gesundheit) und das ‚Sozialkapital' der Organisation erhalten bzw. vermehrt werden (Abbildung 6).

Partizipative Führungsstile dienen nicht nur dazu, Mitarbeiter mit ihrem Wissen und ihrer Erfahrung in Entscheidungsprozesse einzubinden, um die Qualität von Abläufen und Produkten zu sichern und die Produktivität zu erhöhen. Sie erleichtern auch die Kommunikation und Erfassung von gesundheitsrelevanten Belastungsfaktoren und Ressourcen. Instrumente eines partizipativen betrieblichen Gesundheitsmanagements sind vor allem Gesundheitszirkel bzw. Gesundheitsworkshops (z. B. Slesina, W. 2001; Vogt, U. 2003), Mitarbeiterbefragungen (Pfaff, H. u. Pühlhofer, F. 2003), Fokusgruppen (Walter, U. 2003) und Mitarbeiter- bzw. Rückkehrgespräche (Hehlmann, Th. 2003).

328. Die von Bund, Ländern, Sozialversicherung, Sozialpartnern, Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung ins Leben gerufene Initiative ‚Neue Qualität der Arbeit' (INQA) verfolgt das Ziel, gesundheits- und persönlichkeitsfördernde Arbeitsbedingungen mit dem Erfordernis der Wettbewerbsfähigkeit von Unternehmen und Arbeitsplätzen zu verbinden. Dazu sollen für ausgewählte Handlungsfelder geeignete Verfahren, Instrumente und Beispiele ‚guter Praxis' entwickelt, gesammelt und verbreitet werden (www.inqa.de).

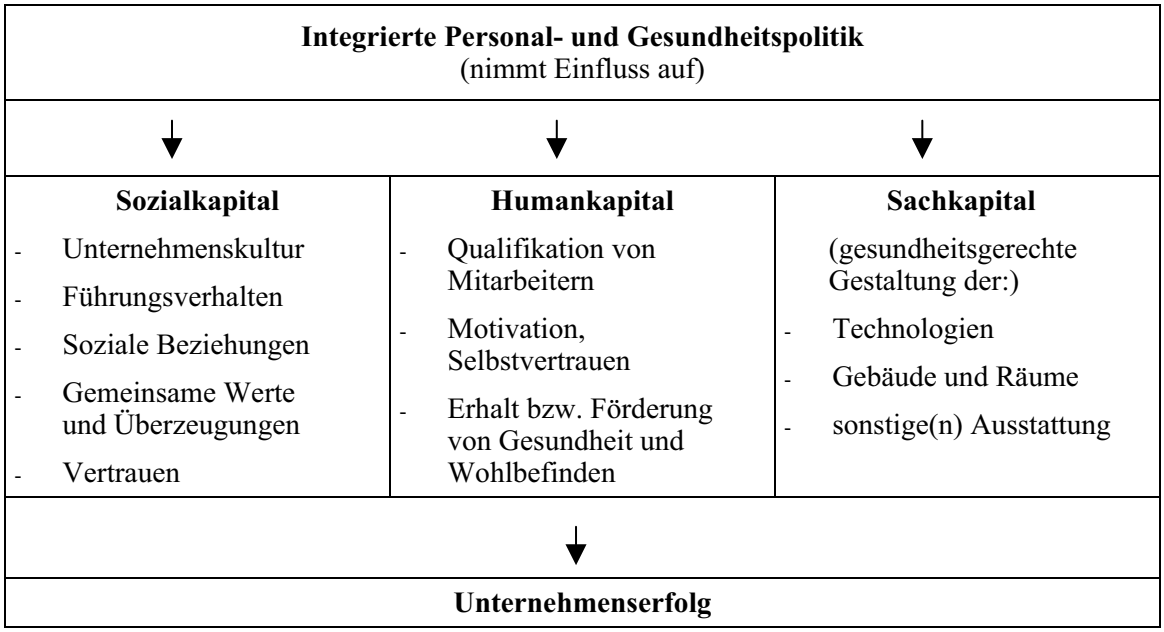
Unterstützung durch überbetriebliche Akteure

329. Für den Gesetzgeber und die überbetrieblichen Akteure ergibt sich vor dem Hintergrund von Veränderungen

[72] In der externen Unternehmensbewertung durch Analysten und potenzielle Kapitalgeber spielten das Human- und Sozialkapital – im Gegensatz zu den vor allem für die industrielle Produktion relevanten physischen Produktionsmitteln (Technik, Anlagen, Rohstoffe) und der finanziellen Ausstattung – lange Zeit keine bedeutende Rolle. Derartige ‚intangible' Werte sind zwar z. T. messbar, doch kaum aggregierbar. Sie werden jedoch in neueren Managementansätzen wie der *balanced scorecard* und in Kennzahlentableaus zunehmend berücksichtigt, da ihnen für eine Vorhersage der Unternehmensentwicklung oft eine höhere Bedeutung zukommt als vielen herkömmlichen Kennzahlen (Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung 2004).

Abbildung 6

Integration von betrieblicher Personal- und Gesundheitspolitik



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Badura, B. u. Hehlmann, Th. (2003)

in der Wirtschaft, unterschiedlichen betrieblichen Bedürfnissen, gewandelten Arbeits- und Beschäftigungsstrukturen, einem veränderten Verständnis sozialstaatlicher Aufgaben und geänderten Wertvorstellungen mit einer stärkeren Betonung der Eigenverantwortung die Notwendigkeit, einen neuen Interventionstyp zuzulassen (Rosenbrock, R. et al. 2003; Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung 2004). Der Staat bzw. die GUV setzt nach dieser Vorstellung zwar weiterhin Rahmenbedingungen und Mindeststandards, eröffnet aber – an Stelle von traditionellen und der Tendenz nach hoheitlich-zentralistischen sowie expertenbezogenen Interventionen – Spielräume zur Entwicklung auf der betrieblichen Ebene. Überbetrieblichen Akteuren, d. h. dem Staat, Tarifvertragsparteien, Sozialversicherungsträgern, Handwerkskammern und Innungen, dem Bildungswesen und privatwirtschaftlichen Beratungs- und Dienstleistungsunternehmen, kommen beratende und unterstützende, zum einzelbetrieblichen Gesundheitsmanagement komplementäre Aufgaben zu (vgl. nachfolgende Empfehlungen).

Empfehlungen der Expertenkommission der Bertelsmann Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung zur betrieblichen Gesundheitspolitik (2004)

Empfehlungen an die Betriebe

Die Kommission empfiehlt

– den Betrieben eine Aktivierung und Neuausrichtung der betrieblichen Gesundheitspolitik – durch konsequente Verfolgung gesetzlicher Zielvorgaben, durch Projekte zur betrieblichen Gesundheitsförderung und durch Etablierung eines in die Betriebsroutinen integrierten Gesundheitsmanagements;

– eine deutliche Erhöhung der Verantwortung und Qualifizierung ihrer Führungskräfte hinsichtlich Wohlbefinden und Gesundheit der Mitarbeiter, eine entsprechende Weiterbildung ihrer Arbeitssystemplaner, Gesundheitsexperten sowie sonstiger Entscheidungsträger und eine stärkere Einbeziehung der gesamten Belegschaft;

– den Ausbau einer bedarfsgerechten, zukunftsorientierten arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Betreuung aller Arbeitnehmer auch mit dem Ziel der Gesundheitsförderung. Den Bundesministerien für Wirtschaft und Arbeit und für Gesundheit und Soziale Sicherung sowie den Spitzenverbänden der Unfallversicherungsträger wird empfohlen, dieses Ziel durch entsprechende Maßnahmen zu fördern.

Empfehlungen an die Sozialpartner

Die Kommission empfiehlt

- der Bundesregierung, den Deutschen Arbeitgeberverbänden und dem Deutschen Gewerkschaftsbund gemeinsame Empfehlungen an die Sozialpartner auszusprechen, die ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten verstärkt zur Intensivierung betrieblicher Gesundheitspolitik zu nutzen;
- eine nachhaltige Gemeinschaftsinitiative der Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände mit allen Sozialversicherungsträgern zur Förderung von Aktivitäten auf dem Gebiet der betrieblichen Gesundheitspolitik. Ziel der Initiative sollte auch sein, den Betrieben Anreize für Aktivitäten zu setzen, die über die Erfüllung gesetzlicher Vorgaben hinausgehen und hierzu geeignete Finanzierungsmodelle zu entwickeln sowie Instrumente zur Beratung und Qualitätssicherung betrieblichen Gesundheitsmanagements zu erarbeiten;
- den Verbänden und Sozialleistungsträgern den Ausbau einer standardisierten betrieblichen Gesundheitsberichterstattung und die aktive Unterstützung von Aktivitäten zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Beschäftigten mit besonderen Gesundheitsrisiken.

Empfehlungen an den Staat

Die Kommission empfiehlt

- dem Staat (Bund, Länder, Kommunen), durch geeignete Rahmenbedingungen eine verbesserte Umsetzung geltenden Rechts inklusive der EU-Regelungen in den Unternehmen, Verwaltungen und Dienstleistungsorganisationen zu fördern sowie darüber hinausgehende Aktivitäten auf dem Gebiet der betrieblichen Gesundheitspolitik zu unterstützen. Sie empfiehlt insbesondere, die ‚Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA)' des Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit weiter auszubauen in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Forum für Prävention und Gesundheitsförderung und sich dabei an nationalen Gesundheitszielen zu orientieren;
- den Arbeitsschutzbehörden der Länder, in enger Kooperation mit den Sozialpartnern, den Sozialversicherungsträgern sowie kommunalen Einrichtungen und Initiativen, den Aufbau bzw. die Weiterentwicklung regionaler Bündnisse für Gesundheit bei der Arbeit, z. B. in Form ‚runder Tische'.

Empfehlungen an die überbetrieblichen Akteure

Die Kommission empfiehlt,

- allen Sozialleistungsträgern eine substanzielle Neuausrichtung und Verstärkung ihrer Programmatik und Aktivitäten in Richtung einer aktiven betrieblichen Gesundheitspolitik im Sinne eines neuen Interventionstyps. Hierzu gehört die konsequente Förderung der Koordination und Kooperation zwischen den innerbetrieblichen Akteuren und den außerbetrieblichen Leistungserbringern auch in den Bereichen Kuration und Rehabilitation, z. B. durch eine praxisnahe Kommunikations- und Informationsplattform;
- eine stärkere Regionalisierung in der Betreuung von Klein- und Mittelbetrieben ebenso wie in der Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen. Sie empfiehlt den Ländern, Innungen und Kammern eine besondere Unterstützung von Klein- und Mittelbetrieben durch Einrichtung von Kompetenzzentren. Sie empfiehlt den Krankenkassen und den Berufsgenossenschaften sowie den Leistungsanbietern im Gesundheitswesen, die Verknüpfung von Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege in ausgewählten Regionen zu erproben und dabei die betrieblichen Aktivitäten auf diesem Gebiet zu berücksichtigen;
- Strukturen, Prozesse und Ergebnisse auf dem Gebiet der betrieblichen Gesundheitspolitik verstärkt als Teil des Unternehmenswertes zu sehen und den Nutzen von Investitionen in betriebliche Gesundheitspolitik transparent zu machen.

Empfehlungen an Bildung und Wissenschaft

Die Kommission empfiehlt

- den öffentlichen Bildungsträgern und den zuständigen staatlichen Stellen, dafür Sorge zu tragen, dass Themen zum förderlichen Umgang mit der eigenen Gesundheit, zu den Rechten und Pflichten im Arbeitsschutz sowie zum betrieblichen Gesundheitsmanagement in angemessenem Umfang in Berufsbildungsordnungen, Curricula und Rahmenpläne integriert werden. In besonderem Maße gefordert sind hierbei die Berufsschulen sowie Hochschulbereiche bei der Ausbildung betrieblicher Führungskräfte;
- die Förderung von Grundlagenforschung und angewandter Forschung zu betrieblichen Gesundheitspotenzialen und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren sowie zur Umsetzung und Evaluation innovativer Projekte und Vorgehensweisen.

4.6 Primärprävention im Setting ‚Stadt'

4.6.1 Kommunale Gesundheitspolitik und Primärprävention

330. Städte und Gemeinden prägen mit ihrer Politik die Wohn- und Arbeitsumgebung und generell die Lebensbedingungen der gesamten Bevölkerung. Viele Lebensbereiche mit prinzipieller Bedeutung für die Primärprävention werden durch kommunalpolitische Entscheidungsprozesse wesentlich mitgestaltet. Zum Einflussbereich der Kommunalpolitik zählen die wirtschaftliche Entwicklung der Stadt bzw. Region, Arbeits-, Einkommens- und Karriereperspektiven, die Umwelt- und Verkehrsbelastung, die soziale Infrastruktur (z. B. Kindergärten und -tagesstätten, Erholungsmöglichkeiten), Bildungseinrichtungen und auch Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Einige Ansatzpunkte zur Erhaltung bzw. Verbesserung der ‚öffentlichen Gesundheit' (Public Health) waren bereits Ende des 19. Jahrhunderts als Handlungsfeld der Kommunalpolitik etabliert.[73]

331. Die kommunale Gesundheitspolitik verfügt über ihre prinzipielle Verantwortung für eine ‚implizite Gesundheitspolitik' hinaus über verschiedene Ansatzpunkte, um die Primärprävention gezielt zu stärken:

- Explizite Berücksichtigung von Gesundheitsthemen in allen Lebensbereichen bzw. Feldern der Kommunalpolitik, u. a. in der Sport- und Bildungspolitik,
- Kooperation im Netzwerk ‚gesunder Städte' (Abschnitt 4.6.2),
- primärpräventive Interventionen im Setting bzw. Gestaltung ‚gesundheitsfördernder Settings' unterhalb der Ebene ‚Stadt und Gemeinde' (vgl. Abbildung *7*),
- Stadtteilentwicklung, insbesondere an ‚sozialen Brennpunkten', z. B. durch ein ‚Quartiermanagement',[74]
- Integration von Gesundheits- und Sozialpolitik sowie der diesbezüglichen Berichterstattung (vgl. Laaser, U. et al. 2001; Trojan, A. et al. 2003),
- Angebote des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), z. B. schulärztlicher Dienst, Diagnostik und Beratung bei Infektionskrankheiten, Impfungen, sowie
- Setzen krankheitsbezogener Schwerpunkte, z. B. Herz-Kreislauf-Krankheiten, wie im Programm ‚Ein Herz für Wien' im Rahmen des Wiener Gesundheitsförderungsprogramms 2000 (KKH 2004).

332. Eine Aufgabe der Präventionspolitik ist die intersektorale und mehrere staatliche Handlungsebenen übergreifende Zusammenarbeit. So haben z. B. für die Prävention der Gesundheitsprobleme Übergewicht und Adipositas u. a. die Sport- und Verkehrspolitik des Bundes, der Länder und Kommunen eine Bedeutung. Die Planung auf regionaler bzw. überregionaler Ebene kann die kommunale Stadt- und Verkehrsplanung darin unterstützen, für Fußgänger und Fahrradfahrer attraktive Wege zur Verfügung zu stellen. Ein Beispiel ist der im April 2002 veröffentlichte Radverkehrsplan ‚FahrRad' des Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen.[75]

Planungsebenen im Setting-Ansatz

333. Das Setting ‚Stadt' umfasst, ungeachtet aller Unterschiede zwischen einzelnen Städten und Gemeinden, eine vergleichsweise hohe Zahl an Betroffenen. Darüber hinaus sind im Vergleich zu Settings wie ‚Betrieb' und ‚Schule' verbindliche soziale Strukturen, Aufgaben- und Kommunikationsbeziehungen weniger ausgeprägt und verhaltensbestimmend. Partizipative Ansätze zur Gestaltung des Settings (Organisationsentwicklung) sind deshalb nicht auf die gleiche Art und Weise durchführbar. Entscheidungen, die das jeweilige Lebensumfeld prägen, werden zumeist durch kommunalpolitische Amts- und Mandatsträger getroffen. Die Beteiligung von Bürgern an Entscheidungsprozessen beschränkt sich in der Regel auf die Teilnahme an Kommunalwahlen als Voraussetzung einer repräsentativen Entscheidungsfindung. Partizipative Prozesse in der Gestaltung des Settings ‚Stadt' finden darüber hinaus oft nur im Rahmen von Bürgerinitiativen oder der Gemeinwesenarbeit in Stadtteilen bzw. Quartieren statt (Wright, M.T. 2004).

334. Für eine Orientierung der Kommunalpolitik am Ziel der ‚gesunden Stadt' bieten sich deshalb neben der Berücksichtigung des Themas Gesundheit als Querschnittsthema in allen kommunalpolitischen Bereichen (Abschnitt 4.6.2) gesundheitspolitische Konzepte an, die auf die Gestaltung einzelner Settings unterhalb der Handlungsebene der gesamten Stadt setzen. Auf diese Weise ergibt sich eine ‚Hierarchie' von Planungsebenen im ‚Setting Stadt':

335. Aktivitäten in Settings sollten mit anderen präventiven Angeboten und Programmen abgestimmt werden. So können Schulen den Schulsport durch die Kooperation

---

[73] Die Wahrnehmung von Aufgaben in der Stadtplanung, Wasserversorgung, Abwasser- und Müllentsorgung durch die Kommunen wird zwar heute als weitgehend selbstverständlich angesehen, wurde aber erst im Verlauf der Industrialisierung und des Wachstums von Städten in der zweiten Hälfte des 19.Jahrhunderts systematisch in Angriff genommen. Diese Entwicklung trug zur Stärkung des Public Health-Gedankens bei bzw. ließ sich auf diesen zurückführen. Überdies boten diese Aufgabenfelder Anlass zu einem intensiven Austausch von Ideen und Erfahrungen in der Sozialpolitik vor allem zwischen Deutschland, Großbritannien und den USA (Rodgers, D.T. 1998).

[74] Der Begriff des ‚Quartiers' bzw. des ‚Quartiermanagements' wird vor allem im Kontext von Stadtentwicklungsprozessen wie im Bund-Länder-Programm ‚Soziale Stadt' verwendet (vgl. Difu 2003).

[75] Kritisiert wurde allerdings das Fehlen von messbaren Zielen und einem Zeitplan zur Umsetzung. Auch das *White Paper on Public Health* (2004) der britischen Regierung sieht eine Förderung des Fahrradfahrens vor, u. a. durch den Bau von mehr als 7 000 Meilen neuer Fahrradwege und eine bessere Anbindung von Schulen an das Radwegenetz.

Abbildung 7

Hierarchie von Planungsebenen im Setting-Ansatz

Setting Stadt					
Bezirk / Stadtteil / Quartier A		Bezirk / Stadtteil / Quartier B			
Betriebe und Verwaltungen		Bildungseinrichtungen		Einrichtungen des Gesundheitswesens	
Private Unternehmen bzw. Betriebe	Öffentliche Betriebe und Verwaltung	Schulen (der div. Schultypen)	Sonstige Bildungseinrichtungen, ggf. Universität	ÖGD/Gesundheitsamt	Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime

Quelle: Eigene Darstellung

mit Sportvereinen stärken, um auch auf diese Weise ein attraktives Angebot zu erstellen und Kinder bzw. Jugendliche für sportliche Aktivitäten und einen aktiven Lebensstil zu gewinnen.[76] Für Erwachsene können entsprechende Angebote im Rahmen der betrieblichen Gesundheitspolitik konzipiert werden. Eine Vernetzung kommunaler Aktivitäten mit bevölkerungsbezogenen Kampagnen zu Problemfeldern wie Tabakkonsum, Alkoholabusus und physischer Aktivität ist anzustreben.

Die Prävention möglicher Gesundheitsfolgen von Armut, vor allem auch bei Kindern (z. B. Luber, E. 2004), setzt ebenfalls eine Vernetzung der Initiativen und Akteure vor allem in der Bildungs-, Gesundheits- und Sozialpolitik voraus.

Wohnumgebung und Gesundheit

336. Einflüsse der Wohnumgebung auf die Mortalität bzw. auf den Gesundheitszustand der Einwohner wurden wiederholt untersucht (vgl. Kawachi, I. u. Berkman, L.F. 2003). Ein prinzipielles Problem dieser Untersuchungen besteht in der Unterscheidung zwischen Auswirkungen bestimmter Charakteristika bzw. der Zusammensetzung der jeweiligen Population (*compositional effects*) und Effekten anderer, von der Zusammensetzung der Population unabhängiger Kontextfaktoren (*contextual effects*). Weiterhin stellt sich die Aufgabe, die relevante Wohnumgebung (‚*neighborhood*') abzugrenzen und zwischen Kausal- und Selektionseffekten zu differenzieren. Selektionseffekte können z. B. dann auftreten, wenn Personen mit spezifischen, für das Untersuchungsziel relevanten Eigenschaften bestimmte Umgebungen bzw. Stadtteile bevorzugen (ebd.; MacIntyre, S. u. Ellaway, A. 2003). Eine exakte Analyse dieser Wirkungszusammenhänge erfordert aber statistische ‚Mehr-Ebenen-Modelle', die zwischen individuellen Charakteristika und Merkmalen von Gruppen bzw. sozialen Netzwerken und weiteren Kontextfaktoren differenzieren (Berkman, L.F. u. Clark, C. 2003; Diez Roux, A.V. 2003; Raudenbush, S.W. 2003; Sampson, R.J. 2003; Subramanian, S.V. et al. 2003). Trotz der methodischen Probleme wurden moderate Effekte der Wohnumgebung, die unabhängig von sozioökonomischen und anderen individuellen Merkmalen auftreten, u. a. auf die Mortalität und die mentale Gesundheit nachgewiesen (vgl. Kawachi, I. u. Berkman, L.F. 2003; Leventhal, T. u. Brooks-Gunn, J. 2003). Die Forschung zu Zusammenhängen zwischen der Wohnumgebung und dem Gesundheitszustand befindet sich aber in einem frühen Stadium und trägt noch wenig zur Planung von Interventionen bei (Heyman, J. u. Fischer, A. 2003).

337. In konzeptionellen Überlegungen zur kontextbezogenen Primärprävention im Setting ‚Stadt' kann auch zwischen gemeindebezogenen Interventionen, die primär auf soziale Netzwerke bzw. Ressourcen der Einwohner zielen (‚*healthy social environments*'; vgl. Anderson, L.M. et al. 2003; Adler, N.E. 2003), und Maßnahmen der Stadtplanung unterschieden werden. Konkrete Forderungen an eine gesundheitsgerechte Stadtplanung einschließlich ausreichender Grünflächen für Spiel und sportliche Aktivität wurden bereits in einem Fachbuch zum Thema ‚Medizin und Städtebau' aus dem Jahr 1957 formuliert (Stender, K.-P. 2003). Auch in der neueren Literatur zur Stadtplanung werden konkrete Bedürfnisse der Anwohner aufgeführt (vgl. Tabelle 50).

338. Die Bedeutung bzw. das Potenzial einer systematischen Gestaltung von Lebensräumen lässt sich anhand einer zur physischen Passivität bzw. zu Übergewicht und Adipositas bei Kindern publizierten Problembeschreibung veranschaulichen (vgl. nachfolgenden Exkurs).[77]

[76] Auf diese Weise ließe sich ggf. auch ein vom Institute of Medicine (2005) für die USA bereits geforderter täglicher Schulsport an deutschen Schulen organisieren und finanzieren.

[77] Bewegungsmangel ist nach einem Expertenurteil mittlerweile eine entscheidende Störquelle für eine gelingende Balance von Risiko- und Schutzfaktoren bei Kindern (Hurrelmann, K. 2004).

Tabelle 50

Lebensraumbezogene Bedürfnisse, Umsetzungsaspekte und mögliche Konsequenzen der Bedürfnisfrustration

Bedürfnisse	Einzelaspekte	Mögliche Konsequenzen der Nichtbefriedigung
Regeneration	Besonnung, Tageslicht, Belüftung, Lärmschutz, Räume für körperliche Aktivität, Spiel- und Sportanlagen, keine Emissions- und Geruchsbelästigung	Physische und psychische Erschöpfung, Krankheitsanfälligkeit, Schlafstörungen, Migräne, Bluthochdruck, Stress, Reizbarkeit, Depression
Privatheit, Sicherheit	Wahrung der Intimsphäre, Sicherheit von Wegen, geringe Gefahr von Einbrüchen und Überfällen	Stress, Angst, Aggression, Depression, Streit mit Mitbewohnern, sozialer Rückzug
Funktionalität, Ordnung	Raumbedarf, Praktikabilität	Freizeitverlust, finanzieller Mehraufwand
Kommunikation, Partizipation	Nachbarschaftshilfe, Mitverantwortung, Mitarbeit in Wohnhaus- und Siedlungsgremien, Treffpunkte, Gemeinschaftsräume	Soziale Konflikte, Segregation, Vandalismus
Ästhetik, Kreativität	Gebäude- und Fassadengestaltung, Straßenensembles, Grün- und Freiflächenanordnung	Geringe Ortsverbundenheit, subjektiver Prestigeverlust, Abwanderung, Vandalismus, Delinquenz

Quelle: Maderthaner, R. (1995); zitiert nach Trojan, A. u. Legewie, H. (2001)

Exkurs: Sozialräumlicher Kontext und Übergewicht bei Kindern

„Die Kindergeneration 2004 lebt in Deutschland in einem vergleichsweise reichen Umfeld. Es ist für Kinder in den meisten Fällen eine Selbstverständlichkeit, von ‚arbeitserleichternden' Maschinen umgeben zu sein. Geschirrspüler, Wasch- und Trockenmaschinen gehören in vielen Haushalten zur Grundausstattung. Die Notwendigkeit, im familiären Wohnumfeld unter Aufwand von Anstrengung und Kraft zu einem erwünschten Ziel zu gelangen, wird immer seltener. Arbeiten im Haushalt stellen in der Überzahl keine körperliche Energie fordernden Leistungen mehr dar. …

Um an gewünschte Information zu gelangen, ist es in den wenigsten Fällen erforderlich, seinen Standort zu verlassen. Computer verbinden uns mit der ganzen Welt, und das Fernsehen ist eine beliebte Unterhaltungsmöglichkeit. Für beide Tätigkeiten braucht man sich nicht von der Stelle zu bewegen. … Auch bei Wünschen nach Kontakt ist es viel weniger als vor 20 Jahren erforderlich, zu jemandem zu gehen. Mobile Telefone erreichen einen, wo immer man gerade sitzt. Außerdem kann man sie neben sich legen und erspart sich so sogar den lästigen Gang zum klingelnden Apparat.

In modernen Häusern erleichtern Aufzüge das Erreichen der Wohnungen in höheren Stockwerken. Öffentliche Gebäude und Einrichtungen sind mit Rolltreppen und Fahrstühlen ausgestattet. Die Möglichkeiten, physische Energie bei ganz alltäglichen Tätigkeiten zu verbrauchen, schränken sich in diesem hoch technisierten Umfeld stark ein. Hinzu kommt der stetig steigende Anteil der Motorisierung von Mobilität. Das hat einerseits Auswirkungen auf die konkret durch eigene Körpertätigkeit geleistete Fortbewegung wie z. B. das Gehen. … Andererseits macht die Motorisierung die unmittelbare Wohnumgebung von Kindern gefährlicher. … Es ist anzunehmen, dass sich dadurch der Bewegungsradius von Kindern im Wohnumfeld deutlich einschränkt und in den schlimmsten Fällen auf die Wohnung und den nächstgelegenen Spielplatz beschränkt bleibt.

Im Gegensatz zu dieser Situation, dass alltägliche Bedürfnisse unter immer leichteren Bedingungen befriedigt werden können und dafür immer weniger Energie aufgewendet werden muss, quellen unsere Supermärkte über von einem Angebot preiswerter und energiereichster Lebens- und Genussmittel. Allein das Angebot der auf Kinder zugeschnittenen Lebensmittel ist riesig. Werbeinitativen verknüpfen sie geschickt mit einem die Kinder beeindruckenden Lebensgefühl und präsentieren sie in Medien, die für Kinder gut zu erreichen sind wie z. B. das Fernsehen." (Exzerpt aus Gausche, R. u. Keller, E. 2004).[78]

[78] Empfehlungen des Institute of Medicine (2005) zur Prävention von Adipositas bei Kindern in den USA betreffen die Kooperation mit der Nahrungsmittelindustrie, Angaben zur Zusammensetzung von Nahrungsmitteln, Werbung und Marketing, präventionsorientierte Public Relations-Kampagnen, gemeindebezogene Präventionsprogramme, Leistungen in Einrichtungen des Gesundheitssystems wie Screening und Beratung, aber auch das Wohnumfeld (*built environment*). Dabei sollen die Kommunalpolitik (*local governments*), Immobilienunternehmen und Bürgergruppen zusammenarbeiten, um die Voraussetzungen physischer Aktivitäten zu verbessern.

339. Zu den nicht intendierten Folgen technologischer Fortschritte zählt eine Abnahme des Energiebedarfs zumindest in Teilen der Bevölkerung, die das Risiko von Übergewicht und Adipositas erhöht. Die Möglichkeiten und die Bereitschaft, derartige Einflüsse auf die Energiebilanz durch eine eigenverantwortliche Gestaltung der Lebensbedingungen und/oder durch die Variation von Konsummustern und Lebensstilen zu kompensieren, variieren aber u. a. in Abhängigkeit von individuellen Charakteristika bzw. personalen Ressourcen, von sozialen Ressourcen bzw. soziokulturell geprägten Werten und Verhaltensweisen sowie von materiellen Ressourcen und damit vom sozioökonomischen Status. Die Problembeschreibung (Exkurs) zeigt, dass eine systematische Präventionspolitik auch auf die Beeinflussung von soziokulturellen und sozioökonomischen Voraussetzungen gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen zielen muss.

4.6.2 Netzwerk ‚gesunder Städte'

‚Healthy Cities'-Initiative der WHO

340. Das ‚Gesunde-Städte'-Netzwerk der WHO wurde annähernd zeitgleich mit der Verabschiedung der Ottawa-Charta 1986 gegründet. Das Regionalbüro Europa der WHO initiierte das Gesunde-Städte-Projekt, um die Grundsätze der Strategie ‚Gesundheit für alle' auf die lokale Ebene anzuwenden. Das Konzept der ‚gesunden Stadt' zielt primär auf Prozesse und nur mittelbar auch auf Gesundheitsergebnisse. Eine ‚gesunde Stadt' ist nicht eine Stadt, deren Bevölkerung ein bestimmtes gesundheitliches Niveau erreicht hat. Vielmehr soll durch eine gute kommunale Politik und Verwaltung (*good urban governance*), intersektorale Planung, Vernetzung von Akteuren, Partizipation der Bevölkerung und Evaluation von Interventionen eine gesundheitsrelevante Verbesserung der Lebensumstände und der diesbezüglichen Entscheidungsprozesse erreicht werden (WHO 1992, 2004b).

341. Zur Entwicklung gesundheitsfördernder Lebenswelten trägt die Vernetzung von Akteuren mit dem Ziel des Erfahrungs- und Wissensaustausches bei. Ein Weg der Berichterstattung über bereits bewährte Strategien und Instrumente (*best practices)* sind über das Internet zugängliche Projektdatenbanken, z. B. die von UN-Habitat unterstützte *Best Practices for Human Settlement Database* (http://www.bestpractices.org).

Deutsches Netzwerk ‚gesunder Städte'

342. Am Healthy Cities-Netzwerk der WHO waren von Anfang an deutsche Städte beteiligt, u. a. Bremen, Dresden, Düsseldorf, Frankfurt und München.[79] Das nationale Gesunde-Städte-Netzwerk wurde 1989 gegründet (Stender K.-P. 2004). Im Jahr 2003 gehörten 60 Städte, Gemeinden und Kreise, darunter die meisten Großstädte, dem Netzwerk an (Bogenhardt, S. 2004).[80] Innerhalb des Netzwerks wurden Kompetenzzentren zu den Themen Migration und öffentliche Gesundheit (Frankfurt/M., Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg in Berlin), Kinder- und Jugendgesundheit (Stuttgart, Rhein-Kreis Neuss), Konzeption und Praxis kommunaler Gesundheitsämter (Münster), stadtteilbezogene und bürgerorientierte Stadtentwicklung (Halle/Saale), Gesundheitskonferenzen (Herne), kommunales Gesundheitsmanagement und gesundheitlicher Verbraucherschutz (Kreis Unna) eingerichtet (vgl. www.gesunde-staedte-netzwerk.de).

Beitrittskriterien (‚Neun-Punkte-Programm') wurden auf einer Mitgliederversammlung am 24. und 25. Mai 1993 in Greifswald beschlossen und gelten seither weitgehend unverändert. Die Kriterien wurden um Mindeststandards (1999) und Qualitätsmerkmale (2000) ergänzt (Altgeld, Th. 2003; www.gesunde-staedte-netzwerk.de). Danach verpflichten sich die teilnehmenden Städte dazu, eine ressortübergreifende gesundheitsfördernde Politik zu entwickeln, gesundheitsrelevante Aspekte in allen Planungs- und Entscheidungsprozessen zu berücksichtigen und eine zielführende Gesundheits- und Sozialberichterstattung aufzubauen.

343. Eine Gesamtevaluation des Gesunde-Städte-Netzwerks wurde bisher nicht durchgeführt, einige Städte haben jedoch einzelne Programme evaluiert (Altgeld, Th. 2003). Eine Umfrage zum Aufbau von Infrastrukturen im Rahmen des Netzwerks führte zu dem Ergebnis, dass es in manchen Mitgliedsstädten bei der Selbstverpflichtung auf die Kriterien des Netzwerks geblieben ist, ohne dass zielführende Aktivitäten eingeleitet oder Infrastrukturen aufgebaut wurden. Mehr als 60 % der Geschäftsstellen verfügten im Jahr 2002 über keine eigenen Sachmittel wie Räume, Telefon oder Internetanschluss. Nur 37 % der lokalen Ansprechpartner verfügten über ein Budget von mehr als 5 000 €. Anhand der Indikatoren ‚Ausstattung', ‚Konzeptqualität', ‚Integriertheit im Netzwerk', ‚selbstbewerteter Erfolg' und ‚Integriertheit in der Stadt' wurden die 47 untersuchten Städte drei Niveaus (A: exzellent, B: befriedigend, C: verbesserungswürdig) zugeordnet. Danach lagen nur 13 Kommunen auf A-Niveau, 22 Kommunen auf B-Niveau und 12 Kommunen auf C-Niveau (Altgeld, Th. 2003).

344. Ein Grundproblem bei der Zielstellung der ‚gesunden Stadt' besteht in der hohen Zahl zu berücksichtigender Einflussfaktoren auf den Gesundheitsstatus der Bevölkerung, die nahezu alle Aufgabenbereiche der Kommunalpolitik und -verwaltung berühren und prinzipiell auch unabhängig von einer ‚Gesunde-Stadt'-Konzeption bearbeitet werden können bzw. bearbeitet werden. Der Gesundheitsförderung im Sinne einer *healthy public policy* dienen auch eine professionelle Verwaltung (*new public management*), ein erfolgreiches Standortmarketing bzw. eine günstige Entwicklung der regionalen Wirtschaft und des regionalen Arbeitsmarktes, eine entwickelte Bildungsinfrastruktur sowie die Sport-, Verkehrs- und Umweltpolitik.

[79] Das Ziel der ‚gesunden Stadt' wurde bereits in einem Bericht über die Gesundheitsverhältnisse in Hamburg aus dem Jahr 1901 formuliert (Stender, K.-P. 2003).

[80] Eine offizielle Mitgliederliste wird im Internet publiziert (www.gesunde-staedte-netzwerk.de).

345. Gesundheitsprobleme sind nicht nur ungleich auf verschiedene Bevölkerungsgruppen bzw. soziale Schichten verteilt, sondern treten auch in regionaler Konzentration auf (z. B. Senatsverwaltung Berlin 2004; Kingsley, G.T. 2003; Mielck, A. 2002). Dies gilt insbesondere für sozial belastete Stadtteile bzw. ‚Quartiere'. Der hohe Anspruch der ‚gesunden Stadt' lässt sich vielfach nicht ohne Interventionen auf der Quartiersebene einlösen (Altgeld, Th. 2003).

346. In Prozesse der Stadtteilentwicklung sollten neben der ansässigen Bevölkerung und kommunalpolitischen Entscheidungsträgern auch Vertreter der lokalen Wirtschaft, vor allem der Immobilienwirtschaft, eingebunden werden. In sozial belasteten Stadtteilen, auch in Fördergebieten des Programms ‚Soziale Stadt', sind Wohnungsunternehmen oft die größten privaten Investoren. Sie sind überdies mit den Problemen des Quartiermanagements zumindest im Ansatz vertraut. Einige Unternehmen beschäftigen Sozialarbeiter, um kritische Wohngebiete zu stabilisieren (Difu 2003). Die Voraussetzungen einer Stadtteilentwicklung variieren aber vor allem in Abhängigkeit von der wirtschaftlichen, sozialen und demographischen Entwicklung der jeweiligen Stadt bzw. Region erheblich (vgl. Hanesch, W. u. Krüger-Conrad, K. 2004; Kröhnert, S. et al. 2004).

347. Um ‚Gesundheit' als Querschnittsprogramm in allen Politikbereichen zu verankern und zugleich die Planungsgrundlagen der Politik zu verbessern, ist eine Verknüpfung der Gesundheitsberichterstattung mit anderen Berichtssystemen, vor allem mit der Sozialberichterstattung (Laaser, U. et al. 2001), und eine Dokumentation möglicher Gesundheitswirkungen von Entscheidungen in relevanten Politikbereichen (*health impact assessment*) anzustreben. Mit einer entsprechenden Weiterentwicklung der kommunalen Berichterstattung wird eine Grundlage für die Verankerung von ‚Gesundheit' als Politikziel und Querschnittsprogramm gelegt (vgl. Trojan, A. et al. 2003).

4.6.3 Projekte zur Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte

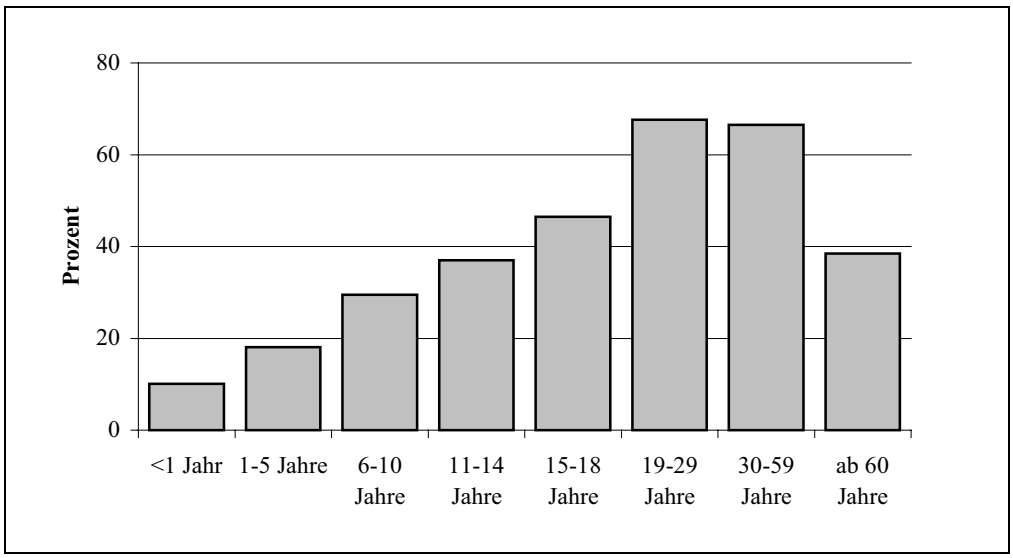
348. Über die Praxis der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte ist trotz einiger Ansätze zur Aufarbeitung des Themas auf der Landesebene noch wenig bekannt. Um diesem Mangel an Transparenz durch einen bundesweiten Überblick über Angebote und Maßnahmen zu begegnen, beauftragte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Ende 2002 Gesundheit Berlin e.V., die Berliner Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung, eine über das Internet recherchierbare Projektdatenbank aufzubauen. Nach einer breit angelegten Erhebungsphase ist die Datenbank seit August 2003 im Internet verfügbar (www.datenbank-gesundheitsprojekte.de). Anbieter können die Informationen zu ihren Projekten ändern und neue Projekte erfassen, um die Aktualität des Datenbestandes zu gewährleisten. Die Eingaben werden vor der Einstellung einer Plausibilitätsprüfung unterzogen.

349. Die meisten Angebote richten sich an mehrere Altersgruppen. Angebote für Kinder und Jugendliche sind dabei häufiger spezifisch auf die jeweilige Altersgruppe zugeschnitten als Angebote für Erwachsene. Insgesamt richten sich mehr als zwei Drittel der erfassten Angebote an Erwachsene zwischen 19 und 59 Jahren (Abbildung 8). Rund 60 % der Angebote richten sich an beide Geschlechter (Geene, R. u. Kilian, H. 2004).

350. Eine Differenzierung der Angebote nach der Lebenslage zeigt ein relativ breites Spektrum an Personen und Gruppen in z. T. schwierigen Situationen (Abbildung 9).

Abbildung 8

Altersverteilung der Zielgruppen



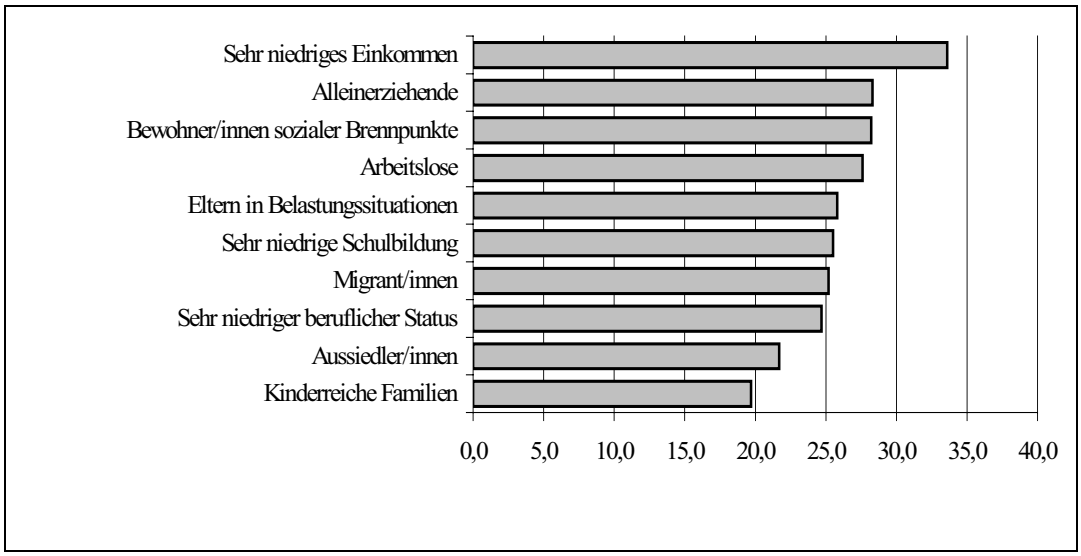
Quelle: Geene, R. u. Kilian, H. (2004)

Rund ein Drittel der Angebote richtet sich nach den Angaben der Projektträger an Personen mit einem sehr niedrigen Einkommen. Bei mehr als 25 % der Projekte wurden auch Alleinerziehende, Bewohner ‚sozialer Brennpunkte', Arbeitslose, Eltern in Belastungssituationen und Migranten als Zielgruppe genannt. Ca. 33 % der Anbieter gaben ‚sonstige Zielgruppen' an. Auf welche Weise sich Angebote an der sozialen Lage der Zielgruppe orientieren, lässt sich oft nur durch weiterführende Recherchen klären. Auch der Bezug zum Ziel der Verminderung ungleicher Gesundheitschancen erschließt sich nicht bei jedem Projekt unmittelbar (Geene, R. u. Kilian, H. 2004).

351. Hinsichtlich der Zugangswege von Projekten zur Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte wurden die Wohnung, die Wohnumgebung und der Stadtteil und damit das ‚Wohnumfeld' mit Abstand am häufigsten genannt (Abbildung 10).

Abbildung 9

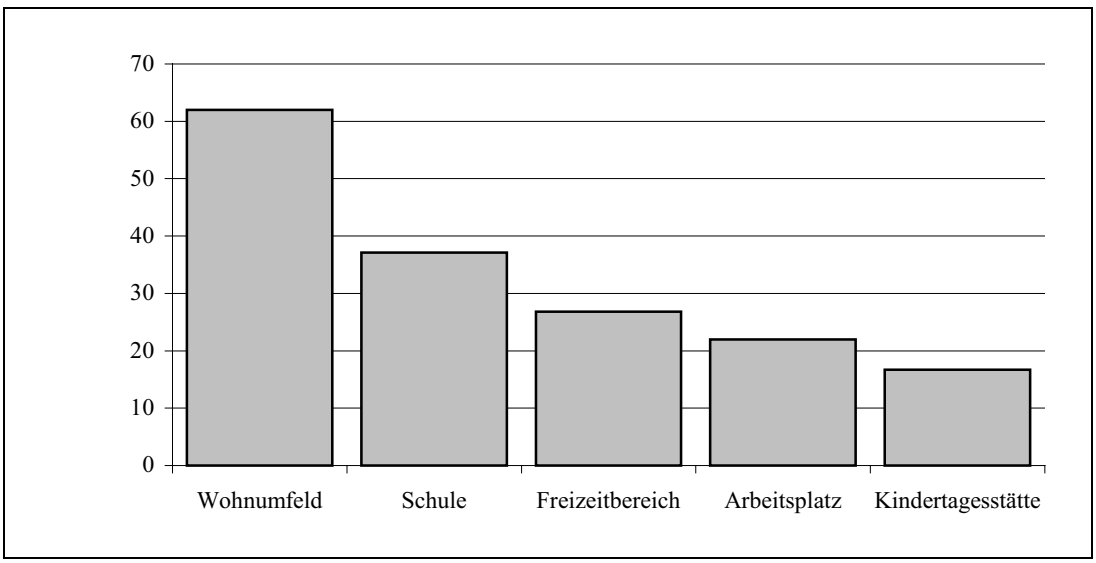
Zielgruppen der Angebote (zehn häufigste Angaben in Prozent)



Quelle: Geene, R. u. Kilian, H. (2004)

Abbildung 10

Zugangsweg der Angebote



Quelle: Geene, R. u. Kilian, H. (2004)

Bei Interventionen im Wohnumfeld handelte es sich nach den Angaben der Anbieter in ca. 75 % der Fälle um Maßnahmen gegen ‚Verwahrlosung', ‚Verelendung' und ‚Ghettoisierung'. Rund 20 % der Maßnahmen richteten sich gegen widrige Wohnbedingungen wie Nässe oder Schimmel. In diese Kategorie fallen allerdings auch Beratungsangebote und sekundär- sowie tertiärpräventive Maßnahmen für Suchtkranke und Obdachlose. Einer Verbesserung des Wohnumfeldes dienen darüber hinaus Initiativen im Rahmen des ‚Quartiermanagements'. Etwa ein Drittel der Maßnahmen nutzen Schulen als Zugangsweg. Weiterhin genannt wurden der Freizeitbereich, der Arbeitsplatz und Kindertagesstätten.

352. Interventionen zur Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Gruppen zielen oft auf die Stärkung individueller Bewältigungsressourcen, um auf diese Weise das Gesundheitsverhalten zu verbessern (Abbildung 11). In der Rangfolge der Nennungen folgen Angebote, die auf einzelne Gesundheitsprobleme, vor allem (Dis-)Stress, Ernährung, Alkoholabusus, Medikamentenmissbrauch, Drogenkonsum, mangelnde Bewegung und Tabakkonsum fokussieren. Relativ häufig wurde auch die Gewaltprävention als Interventionsziel genannt.

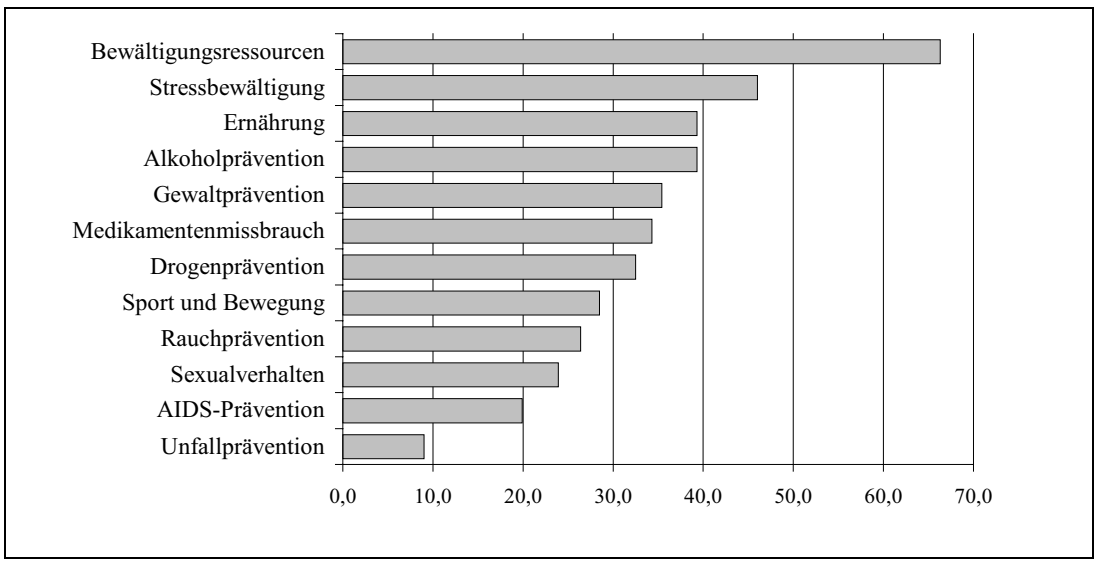
353. Angebote zur Stärkung ‚sozialer Ressourcen' dienen häufig einer sozialen Integration von Personen in schwierigen Lebenslagen, z. T. auch der Arbeitsplatz- und Wohnungssuche, Aggressionsbewältigung und Schuldnerberatung (Abbildung 12).

Die in der Datenbank erfassten Interventionen sind häufig nicht trennscharf nach Zielgruppen und Handlungsfeldern zu unterscheiden (Geene, R. u. Kilian, H. 2004). Damit erlaubt die Datenbank zwar einen Einblick in die derzeitigen Schwerpunkte der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte, lässt aber im Hinblick auf praktische Details der Projektplanung und -implementation und hinsichtlich der Effektivität von Projekten noch viele Fragen unbeantwortet (vgl. Abschnitt 4.7.2).

354. Die Verbindungslinien zwischen dem Gesundheitsstatus und dem sozioökonomischen Status legen eine enge Abstimmung sowohl in der Berichterstattung (Laaser, U. et al. 2001) als auch bei Aktivitäten in der Gesundheits- und Sozialpolitik auf kommunaler Ebene nahe. Sozialpolitische Entwicklungsprogramme ergänzen und unterstützen die kommunale Gesundheitspolitik zugunsten sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen.

Abbildung 11

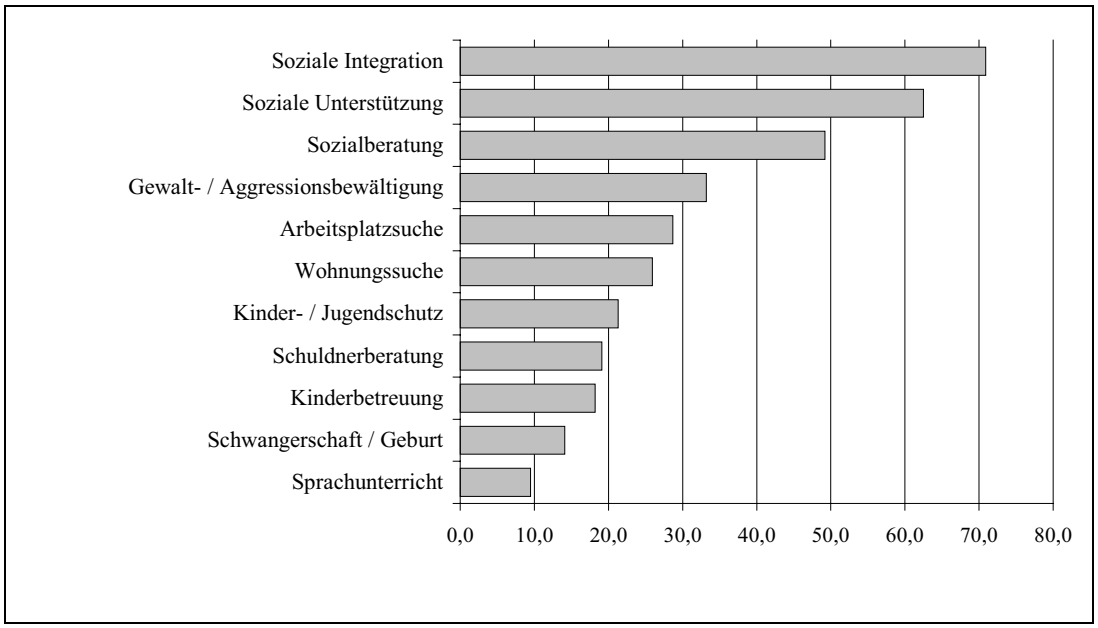
Verbesserung des individuellen Gesundheitsverhaltens als Ziel



Quelle: Geene, R. u. Kilian, H. (2004)

Abbildung 12

Angebote zur sozialen Integration



Quelle: Geene, R. u. Kilian, H. (2004)

Exkurs: Komplementäre Programme und Initiativen

Bund-Länder-Programm ‚Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die Soziale Stadt'

Die Bund-Länder-Initiative ‚Soziale Stadt' wurde im Jahr 1996 beschlossen, um einer sozialen Polarisierung in den Städten entgegenzuwirken. Das Ziel ist eine nachhaltige Entwicklung in Stadt- und Ortsteilen mit besonderen sozialen, wirtschaftlichen und städtebaulichen Problemen.

Bei dem Programm handelt es sich nicht ausschließlich um ein Städtebauförderungsprogramm. Gefördert werden auch nichtinvestive Maßnahmen im Rahmen des ‚Stadtteil-' bzw. ‚Quartiermanagements'. Die Mittel werden zu je einem Drittel vom Bund, von den Ländern und von den Kommunen aufgebracht. Die wissenschaftliche Begleitung obliegt dem Deutschen Institut für Urbanistik (Difu). Inhaltliche Handlungsfelder sind (http://www.sozialestadt.de):

– Beschäftigung,
– Qualifizierung und Ausbildung,
– Wertschöpfung im Gebiet,
– soziale Aktivitäten und Infrastruktur,
– Schule und Bildung,
– Gesundheitsförderung,
– Umwelt und Verkehr,
– Stadtteilkultur,
– Sport und Freizeit,
– Zusammleben unterschiedlicher ethnischer und sozialer Gruppen,
– Wohnungsmarkt und -bewirtschaftung,
– Imageverbesserung und Öffentlichkeitsarbeit.

Einzelne Projekte können in einer Praxisdatenbank recherchiert werden (www.sozialestadt.de/praxisdatenbank).

‚Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten' (E & C)

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) legte 1999 das ‚E & C'-Programm in Ergänzung des Programms ‚Soziale Stadt' auf. Es stellt aber eher eine konzeptionelle Plattform als ein Förderprogramm dar (Bär, G. et al. 2004). Ziel von E & C ist es, Mittel und Aktivitäten zu bündeln, um

– die Lebensbedingungen und Chancen von Kindern und Jugendlichen zu verbessern,

– den Niedergang von Stadtteilen und ländlichen Regionen aufzuhalten und

– nachhaltige Entwicklungen anzustoßen (http://www.eundc.de).

‚Lokales Kapital für soziale Zwecke'

Dieses Programm des BMFSFJ wird z. T. mit Mitteln des Europäischen Sozialfonds finanziert (http://www.los-online.de). Das Programm trägt mit Hilfe von Mikroförderungen zur Aktivierung sozialer Potenziale vor Ort bei. Durch eine Mittelvergabe von in der Regel nicht mehr als 10 000 € werden lokale Initiativen angeregt. Im Jahr 2003 wurden Kleinstvorhaben in Kommunen und Landkreisen gefördert, die vom Hochwasser des Jahres 2002 betroffen waren. Bis 2006 werden Mikroprojekte in den Fördergebieten der Programme ‚Soziale Stadt' und ‚E & C' unterstützt.

4.7 Evaluation und Qualitätssicherung

4.7.1 Health Impact Assessment

355. Der Gesundheitszustand und die Gesundheitschancen von Individuen und Bevölkerungsgruppen werden durch Entwicklungen und Maßnahmen in zahlreichen Lebensbereichen beeinflusst. Daher stellt sich aus einer primärpräventiven Perspektive prinzipiell die Aufgabe, gesundheitliche Folgen von politischen Programmen, Strategien und Interventionen auch außerhalb des Gesundheitssystems (und damit der ‚impliziten Gesundheitspolitik') als einen Gegenstand der Präventionspolitik wahrzunehmen. Einer derartigen Erfassung von Gesundheitsfolgen dienen vor allem die Ansätze, Methoden und Instrumente des *Health Impact Assessments* (HIA; Kemm, J. u. Parry, J. 2004a, b, c). Dieser Zweig der Gesundheitsforschung und Evaluation wurde vor allem von der WHO vorangetrieben (Ritsatakis, A. 2004; vgl. http://www.who.int/hia).

Bisher bearbeitete Themenfelder von HIA sind u. a.:

– Ungleichverteilung von Gesundheitschancen (vgl. Mackenbach, J.P. et al. 2004),

– einzelne Risikofaktoren, z. B. Alkoholkonsum (Kemm, J. 2004),

– Konsequenzen der Agrar- und Ernährungspolitik (Lock, K. u. Gabrijelcic-Blenkus, M. 2004),

– Umwelt und Ökosysteme, z. B. Müllentsorgung (Matthews, I. 2004) und Schädlingsbekämpfung (Campbell, D.M. 2004),

– Verkehrsplanung, z. B. Planung von Flughäfen (Staatsen, B. et al. 2004) sowie

– Prävention von Straftaten u. a. in ‚sozialen Brennpunkten' (Hirschfield, A. 2004).

HIA-Projekte wurden darüber hinaus zu diversen weiteren Themen durchgeführt.[81] In Deutschland wurden seit den 1980er Jahren Umweltverträglichkeitsprüfungen durchgeführt. Der Aspekt der menschlichen Gesundheit wurde dabei allerdings nicht immer ausreichend gewichtet (Fehr, R. et al. 2004).

356. Angesichts der Bedeutung der ‚impliziten Gesundheitspolitik' stellt sich die Frage, ob eine obligatorische Prüfung möglicher Gesundheitsfolgen im Rahmen von politischen Entscheidungsprozessen, ggf. auch im Rahmen von Gesetzgebungsinitativen, aus präventiver Sicht zielführend wäre (vgl. Kemm, J. u. Parry, J. 2004b). Für die Prüfung gesundheitsrelevanter Effekte von Gesetzgebungsinitiativen spricht das Ziel der *healthy public policy* bzw. die Verankerung des Ziels des Gesundheitsgewinns und der Verringerung von Krankheitsrisiken in allen Lebensbereichen und Politikfeldern. Dagegen sprechen allerdings die hohe Zahl möglicher Einflussfaktoren auf den Gesundheitsstatus von Individuen und Bevölkerungsgruppen und die nach wie vor bestehenden Wissenslücken über Kausalbeziehungen und Wirkungszusammenhänge (Petticrew, M. et al. 2004).

357. Probleme bereitet vor allem die Abschätzung sozialer und ökonomischer Einflussfaktoren, z. B. der Einkommensverteilung, auf die Verteilung von Gesundheitschancen (vgl. z. B. Mackenbach, J.P. et al. 2004). Soweit die sozioökonomische Entwicklung einen Einfluss auf den Gesundheitszustand von Individuen und Populationen ausübt, können im Prinzip alle Handlungsfelder der Wirtschafts- und Sozialpolitik Relevanz erlangen. Dazu gehören neben der Sozialpolitik im engeren Sinne z. B. die Handlungsfelder Wachstums-, Struktur- und Arbeitsmarktpolitik sowie Außenhandels- und Währungspolitik.

[81] Zahlreiche Beispiele für HIA-Projekte finden sich auf den entsprechenden Seiten der WHO im Internet: http://www.who.int/hia/examples.

Das makroökonomische Ziel eines möglichst hohen Beschäftigungsstandes bzw. der Vollbeschäftigung muss, aufgrund des Zusammenhangs zwischen Arbeitslosigkeit und gesundheitlicher Beeinträchtigung (Robert Koch-Institut 2003a), auch aus der Perspektive der Gesundheitspolitik als sinnvolles und wichtiges Anliegen unterstützt werden.[82] In diesem Zusammenhang kommt vor allem dem Gebiet der Bildung und Forschung eine hohe Bedeutung zu. Umstritten sind sowohl in der Wirtschafts- als auch in der Bildungspolitik zumeist weniger die Ziele, z. B. ein generell hohes Beschäftigungs- und Bildungsniveau, als vielmehr die Eignung von politischen Strategien zur Zielerreichung. Dies bedeutet aber, dass unterschiedliche Perspektiven und Kontroversen in der Wirtschafts-, Sozial- und Bildungspolitik auch die Bewertung von gesundheitsrelevanten Effekten im Sinne eines *health impact assessments* erschweren. Da die sozialepidemiologische Forschung gerade den ökonomischen und sozialen Einflussfaktoren auf den Gesundheitsstatus und die Gesundheitschancen eine hohe Relevanz beimisst, diese aber in Politik und Wissenschaft Gegenstand durchaus kontroverser Bewertungen sind, kann eine obligatorische Abschätzung von Gesundheitsfolgen, z. B. im Zuge von Gesetzgebungsvorgaben, derzeit nicht empfohlen werden.

358. Dennoch sollten – im Sinne einer *healthy public policy* – gesundheitsbezogene Auswirkungen von politischen Entscheidungen prinzipiell in die Entscheidungsfindung eingehen. Damit stellt sich der wissenschaftlichen Politikberatung und den Verbänden und Institutionen im Gesundheitswesen die Aufgabe, die letztlich gesamtgesellschaftliche Herausforderung einer effektiven Prävention in der öffentlichen Diskussion zu halten und Analysen und Vorschläge auch zu Themen und Problemen außerhalb der Grenzen des Gesundheitssystems, im engen Sinne der Krankenversorgung, zu unterbreiten. In jedem Fall sollten die Verbindungslinien zwischen der Gesundheits-, Wirtschafts- und Sozialpolitik mehr als bisher in die Entscheidungsprozesse und in das Selbstverständnis der Akteure in diesen Politikbereichen Eingang finden.

4.7.2 Evaluation primärpräventiver Interventionen

Evaluation kurativer Interventionen als Maßstab

359. Für primärpräventive Interventionen im Rahmen der GKV gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V) ebenso wie für Maßnahmen der Kuration und der Rehabilitation. Prinzipiell ist ein Nachweis der Effektivität und Effizienz von Leistungen der GKV zu fordern. Die Informationsgrundlagen einer Bewertung der Effektivität und Angemessenheit von Maßnahmen weisen allerdings sowohl in der Primärprävention als auch in der kurativen und rehabilitativen Versorgung große Lücken auf.

360. Die Eignung und Grenzen von Informationsgrundlagen der medizinischen Versorgung wurden vor allem im Zusammenhang mit der e*vidence based medicine* intensiv diskutiert (Gutachten 2000/2001, Band II, Kapitel 2.3). ‚Grauzonen' der ärztlichen Entscheidungsfindung aufgrund einer lückenhaften oder für eine Entscheidungssituation nicht geeigneten Evidenzlage sind ein immanenter Bestandteil der Medizin (Ziffer 281). Erhebliche Lücken bestehen auch in der Technologiebewertung, z. B. in der Arzneimittel- und Hilfsmittelversorgung. Gesundheitsökonomische Evaluationen, die einer Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebotes dienen, werden in Deutschland noch vergleichsweise selten durchgeführt und tragen deshalb, aber auch aufgrund methodischer Probleme, bisher wenig zur Entscheidungsfindung über das Leistungsspektrum der GKV (John, J. u. Leidl, R. 2004) und zur Beurteilung der Angemessenheit von Leistungen bei. In der Versorgungspraxis liegen Therapieentscheidungen neben der Aufarbeitung von Studienergebnissen (externe Evidenz) vor allem die klinische Erfahrung des Arztes (interne Evidenz) und Präferenzen des Patienten zugrunde. In der Planung primärpräventiver Interventionen können analog

- die externe Evidenz im Sinne von Ergebnissen zur Effektivität von Interventionen, die durch methodisch überzeugende Evaluationen im In- oder Ausland erzielt wurden,
- die interne Evidenz aufgrund von Erfahrungen mit Präventionsprojekten und Lernerfolgen der Beteiligten, und
- die Problemwahrnehmung der Adressaten von Interventionen

berücksichtigt werden. Um Perspektiven und Präferenzen von Zielgruppen zu erfassen, bedarf es aber partizipativer Prozesse. Dies gilt vor allem, aber nicht ausschliesslich, für die Gestaltung gesundheitsfördernder ‚Lebenswelten' (Settings).

Komplexität der Primärprävention als Evaluationsproblem

361. Präventive Programme lassen sich nach ihrer Komplexität ordnen (Trojan, A. 2004):

- Programme geringer Komplexität, z. B. ein Stressbewältigungskurs oder ein Nichtrauchertraining. Der Erfolg wird an der Veränderung des individuellen Verhaltens, ggf. auch an der Entwicklung von Krankheitsinzidenzen gemessen;
- Programm mittlerer Komplexität, z. B. die Verbindung verschiedener Interventionsansätze in einem Setting,

[82] Aus dieser Überlegung ergibt sich die Relevanz einer Abschätzung der Beschäftigungswirkungen gesundheitspolitischer Reformoptionen. Eine Begrenzung von Gesundheitsausgaben, die zur Freisetzung von Personal bei gleichzeitig steigenden Fallzahlen führt, erscheint besonders vor diesem Hintergrund als wenig sinnvoll. Andererseits beschneiden hohe und steigende Pflichtbeiträge zur Sozial- bzw. Krankenversicherung das verfügbare Einkommen und damit Ressourcen der privaten Haushalte. Nach dieser Überlegung hat die Diskussion über die zukünftige Finanzierung der Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung zugleich auch eine präventionspolitische Dimension.

die in ihrem Zusammenwirken bestimmte Verhaltensweisen beeinflussen sollen, aber nicht das gesamte Setting zum Gegenstand haben;

– Programme hoher Komplexität, die auf die gesundheitsförderliche Gestaltung von Lebens- und Arbeitsbedingungen zielen.

In komplexen Interventionen wie einer Präventionskampagne kommt ein breites Spektrum an Strategien und Instrumenten zur Anwendung, die nicht isoliert, sondern erst im Zusammenspiel wirksam werden und deshalb auch im Zusammenhang evaluiert werden sollten. Ergebnisse von Einzelmaßnahmen wie ein Rückgang des Tabakkonsums nach einer Erhöhung der Tabaksteuer sind zwar für die Interventionsplanung zum Problem des Tabakkonsums relevant, werden aber nicht der Konzeption und den Wirkungen einer multimodalen Intervention wie einer Mehr-Ebenen-Kampagne zur Tabakkontrolle gerecht.

Perspektiven der Evaluation

362. Evaluationsperspektiven unterscheiden sich in ihrer Zielstellung, dem Spektrum der erfassten Wirkungen und in ihrer Methodologie (Øvretveit, J. 2002). Dabei sind für die Evaluation gesundheitsbezogener Interventionen in erster Linie experimentelle, entwicklungs- und managementorientierte Perspektiven von Bedeutung. Die experimentelle Perspektive folgt dem Modell des (natur-) wissenschaftlichen Experiments. Einflüsse außerhalb der Reichweite der Intervention werden soweit wie möglich ausgeschlossen oder statistisch kontrolliert. In diese Kategorie fallen aber auch quasi-experimentelle und beobachtende Evaluationen (Øvretveit, J. 2002). Ihre Ergebnisse können als eine Grundlage für ökonomische Evaluationen dienen.

363. Zu den entwicklungsorientierten Evaluationen zählen u. a. beschreibende und nichtexperimentelle Fallstudien. Häufig kommen auch Methoden des *Action Research* zur Anwendung (vgl. Øvretveit, J. 2002; Wright, M.T. 2004). Sie binden den Evaluator in den zu evaluierenden Prozess ein, um den Prozess der Leistungserstellung zu verbessern. Damit verändert sich die Intervention bereits im Verlauf ihrer Durchführung bzw. aufgrund von Ergebnissen der Evaluation. Eine weitere Option besteht in einer Selbstevaluierung durch Leistungserbringer, um Lernerfolge zu erzielen und um die Effektivität von Interventionen zu erhöhen. Die managementorientierte Perspektive dient vor allem einer erfolgreichen Projektdurchführung. Sie weist damit eine inhaltliche Nähe zum Controlling auf.

‚Gesundheitsförderung im Setting' und ‚gesundheitsfördernde Settings'

364. Der Erfolg einer als ‚bevölkerungsbezogenes Risikomanagement' verstandenen Primärprävention kann, in Abhängigkeit vom Zuschnitt der jeweiligen Interventionen, anhand eines breiten Spektrums an Outcome- und Nutzenparametern gemessen werden. Dazu gehören mit Hilfe von Parametern für Gesundheit und Lebensqualität bestimmte Endpunkte bzw. ‚Gesundheitsgewinne', aber auch Verhaltens- und Lebensstilparameter, soweit sie gesundheitliche Outcomes beeinflussen. Kurzfristig zu beeinflussende instrumentelle Parameter beziehen sich z. B. auf Kompetenzgewinne der Adressaten, eine höhere Partizipation und generell die Lebensbedingungen bzw. die Rahmenbedingungen des Verhaltens (Trojan, A. 2004). Daher wird sich die Evaluation einer Gesundheitsförderung ‚im Setting', die auf Einzelmaßnahmen zu spezifischen Gesundheitsproblemen wie Alkoholabusus oder Tabakkonsum basiert, z. T. deutlich von der Evaluation systemischer Interventionen zur Entwicklung ‚gesundheitsfördernder Settings' unterscheiden. Überdies müssen kritische Entwicklungen im Setting, die über intervenierende Variablen Wirkungen von Interventionen konterkarieren, in der Evaluation berücksichtigt werden.[83]

365. Evaluiert wurden bisher vor allem verhaltenspräventive Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, etwa in den Verhaltensbereichen Bewegung, Ernährung, Rauchen, Alkohol und Stressmanagement (Kreis, J. u. Bödeker, W. 2003). Eine Senkung der gesundheitlichen Risiken bei den Teilnehmern an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung wurde nachgewiesen. Die Aussagekraft dieses positiven Befunds wird dadurch eingeschränkt, dass sich die Wirksamkeit der Interventionen auf die Teilnehmer beschränkt und nicht auf der Ebene des Gesamtbetriebs erhoben wurde. Die Effekte von Sport- oder Ernährungsprogrammen sind aber geringer als aus den Evaluationen geschlossen werden kann, wenn Programme vor allem eine gesundheitsbewusste Minderheit erreichen, Beschäftigte mit erhöhtem Risiko aber nur mit geringer Wahrscheinlichkeit an den Programmen teilnehmen. Ein weiterer Kritikpunkt ist eine oft kurze Programmdauer, z. B. ein Jahr, so dass das Problem der Aufrechterhaltung von Verhaltensänderungen nicht ausreichend berücksichtigt wird (Kreis, J. u. Bödeker, W. 2003).

366. Für die Evaluation systemischer Interventionen bzw. für Prozesse der Organisationsentwicklung eignen sich primär entwicklungs- und managementorientierte Ansätze. Für komplexe bzw. innovative Programme z. B. im Rahmen der Stadtteilentwicklung wie im Programm ‚Soziale Stadt' werden Methodenmixe bevorzugt, die qualitative und quantitative, daten- und dialoggestützte Verfahren umfassen. Ein Ziel der Evaluation sind dabei auch Lernprozesse bei den Akteuren (Difu 2003).

---

[83] Dies gilt z. B. in dem Fall, dass eine Zunahme von Stressoren aufgrund von Mängeln in der Organisation (unzureichendes Führungsverhalten, unklare Abgrenzung von Aufgaben, Kompetenz und Verantwortung etc.) oder in einer kritischen Situation des Betriebes (etwa infolge des Strukturwandels) die Effektivität von Kursen zur Stressbewältigung deutlich begrenzt. Auch Entwicklungen bzw. kritische Ereignisse außerhalb der Erwerbstätigkeit beeinflussen die Gesamtbelastung durch Stress. Ein mögliches Problem in Bevölkerungsgruppen mit niedrigem sozioökonomischen Status besteht in der Kumulation von Stressoren inner- und außerhalb der Erwerbstätigkeit; in der Programmgestaltung und -evaluation zugunsten dieser Gruppen ist dieser Sachverhalt zu berücksichtigen.

Gesundheitliche Ungleichheit als Problemfeld der Evaluation

367. Eine Prävention, die zur Zunahme der gesund verbrachten Lebensjahre in bestimmten Bevölkerungsgruppen führt und in diesem Sinne erfolgreich ist, kann die bestehende gesundheitliche Ungleichheit weiter verschärfen. Dies gilt vor allem dann, wenn effektive präventive Angebote bzw. Interventionen bevorzugt Personen mit einem höheren sozioökonomischen Status zugute kommen bzw. wenn diese die entsprechenden Möglichkeiten aufgrund eines besseren Informationsstandes und vermehrter Handlungsoptionen eher nutzen als Bevölkerungsgruppen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status (z. B. Adler, N.E. 2003; Bauer, U. 2004).[84]

368. Um eine größere Annäherung der Gesundheitschancen zu erreichen, ohne dabei das Ziel der Verbesserung des Gesundheitsstatus und der Verminderung von Krankheitsinzidenzen in allen Bevölkerungsgruppen aufzugeben, eignen sich primär folgende, z. T. sehr komplexe und schwierig zu evaluierende Strategien:

- eine Wirtschafts-, Arbeitsmarkt- und Bildungspolitik, die allen, vor allem aber auch sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen, Chancen zur Bildung und Einkommenserzielung einräumt,
- eine Auswahl und Gestaltung von Settings, in denen diese Zielgruppen einen grossen Teil ihrer Zeit verbringen, bzw. von Settings, die gesundheitsrelevante Verhaltensweisen prägen oder den Gesundheitszustand auf andere Weise langfristig beeinflussen (etwa durch Häufung von Stressoren, Herausbildung von Kompetenzen, Vermehrung von Ressourcen), z. B. Schulen in ‚sozialen Brennpunkten', und
- Projekte zur Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Gruppen auch unterhalb der Ebene ‚gesundheitsfördernder Settings'.

369. Der noch lückenhafte Stand der Evaluation derartiger Projekte lässt sich exemplarisch anhand der bereits beschriebenen Projektdatenbank ‚Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte' zeigen (vgl. nachfolgenden Exkurs).

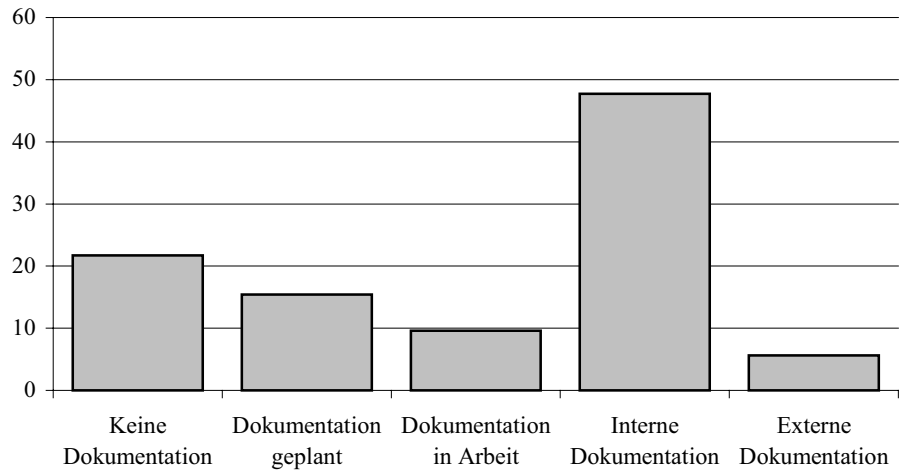
[84] Es ist allerdings theoretisch möglich, dass ein derartiger Zielkonflikt nur temporär auftritt, z. B. weil Angebote oder Verhaltensweisen zuerst von Gruppen mit einem höheren sozioökonomischen Status angenommen werden, dann aber ein Prozess der Diffusion dieser innovativen Ideen und Verhaltensmuster stattfindet, der mit zeitlicher Verzögerung auch schlechter gestellten Gruppen zugute kommt (vgl. Nutbeam, D. u. Harris, E. 2001; MacDonald, G. 2002).

Exkurs: Projektdatenbank zur Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte – Dokumentation und Evaluation

Einen umfassenden Überblick über Projekte zur Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte bietet die Datenbank von Gesundheit Berlin e. V. (www.datenbank-gesundheitsprojekte.de). Bei einer Bestandsaufnahme der aufgeführten Projekte bzw. Angebote zeigten sich allerdings Mängel in der Dokumentation und in der Evaluation. Nur in rund 53 % der Fälle liegt eine Dokumentation vor (Abbildung 13).

Abbildung 13

Dokumentation der Angebote

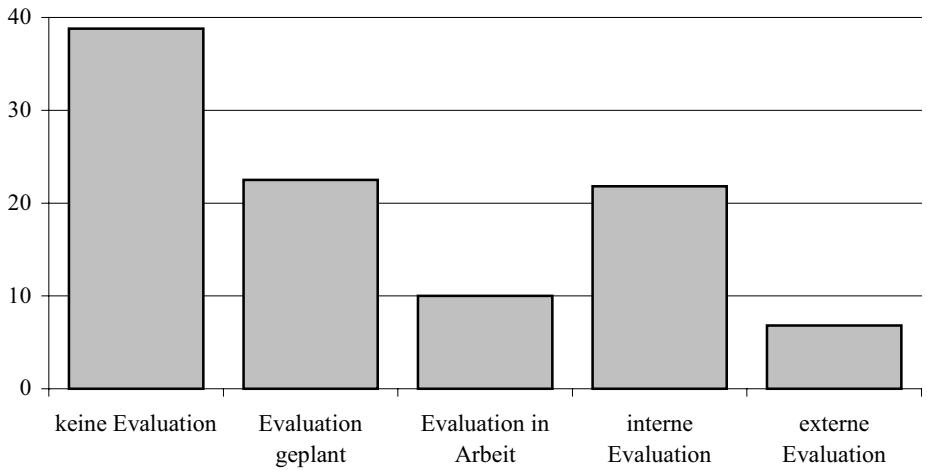


Quelle: Geene, R. u. Kilian, H. (2004)

Ziel einer Evaluation ist es, über die Dokumentation der Ziele, Methoden und der Implementation einer Intervention hinaus auch den Grad der Zielerreichung zu überprüfen bzw. zu erhöhen. Eine Auswertung von Angaben der Teilnehmer an der Erhebung zeigt aber, dass mehr als 70 % der Angebote nicht evaluiert wurden (Stand: Februar 2004). Z. T. ist allerdings bei den bisher nicht evaluierten Angeboten eine Evaluation geplant oder im Prozess der Erstellung. Nur ein geringer Teil der bereits evaluierten Angebote (ca. 7 %) wurde extern evaluiert. Ein möglicher Grund sind die z. T. hohen Kosten der Evaluation, die bis zu 10 % der gesamten Interventionskosten erreichen können. Positiv zu vermerken ist, dass insgesamt der Eindruck vorherrscht, dass Qualitätssicherung und Evaluation nicht als Versuche der externen Kontrolle und Regulierung, sondern als Instrumente der Organisationsentwicklung und integraler Bestandteil der Projektleistung verstanden werden (Geene, R. u. Kilian, H. 2004).

Abbildung 14

Evaluation der Angebote



Quelle: Geene, R. u. Kilian, H. (2004)

Neben Evaluationsergebnissen fehlen allerdings auch i. d. R. verfügbare bzw. relativ einfach zu erstellende Angaben zur Inanspruchnahme und zu möglichen Gründen für eine höhere oder niedrigere als die erwartete Nutzung des Angebots. Diese Art von Informationen sollte nicht als Anknüpfungspunkt einer Kritik an Initiatoren des Projekts verstanden werden, sondern als Chance, aus Erfahrungen zu lernen und die Effektivität der Prävention mittel- bis langfristig zu steigern. Derartige Informationen und die Nennung von Ansprechpartnern dienen auch der praktischen Planung zukünftiger Angebote.

Lücken in der Evaluation begrenzen derzeit noch die Aussagekraft der Datenbank. Neben Informationen über Projekte sollten perspektivisch auch Interventionsergebnisse zur Verfügung gestellt werden.

370. Bei der Evaluation von Interventionen und bei der Interpretation von Evaluationsergebnissen dürfen allerdings die methodischen Probleme vor allem bei einer Evaluation von Interventionen, die einen sozialräumlichen Bezug aufweisen bzw. die auf soziale Determinanten der Gesundheit zielen, nicht unterschätzt werden (z. B. Adler, N.E. 2003; Anderson, L.M. et al. 2003a,b; Curtice, L. et al. 2001; Diez-Roux, A.V. 2003; Heyman, J. u. Fischer, A. 2003; Kreuter, M.W. et al. 2001; Macintyre, S. u. Ellaway, A. 2003; McQueen, D.V. u. Anderson, L.M. 2001; Subramanian, S.V. et al. 2003).

Weitere Datenbanken

371. Die von dem Direktor der Centers for Disease Control and Prevention (CDC) in den USA ernannte Task Force on Community Preventive Services recherchiert und bewertet die verfügbare Evidenz zu bevölkerungs- bzw. gemeindebezogenen Interventionen und unterhält eine Datenbank mit Ergebnissen (www.thecommunityguide.org). Sie ermöglicht die Recherche nach Interventionen im Hinblick auf einzelne Gesundheitsprobleme wie Tabakkonsum, physische Aktivität, Impfungen, Verkehrssicherheit und Prävention von Gewalt, aber auch hinsichtlich sozialer Determinanten der Gesundheit.[85]

[85] Bekannte Datenbanken und Recherchemöglichkeiten, die nicht auf präventive Angebote fokussieren, tragen ebenfalls zum Informationsangebot zur Effektivität von Prävention bei. Beispiele sind die *Cochrane Library* (http://www.cochrane.de/ccclib.htm) und *OMNI* (*Organising Medical Networked Information*; http://omni.ac.uk).

Die Stiftung ‚Gesundheitsförderung Schweiz' betreibt eine Projektdatenbank zur Gesundheitsförderung und Prävention (http://www.healthprojects.ch) und eine weitere, die Projektdatenbank ergänzende Datenbank für Akteure im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention (http://www.healthorg.ch).

Über Praxisbeispiele in Betrieben und Verwaltungen informiert die Datenbank ‚Gute Praxis' der INQA (http://www.inqa.de/Inqa/Navigation/gute-praxis.html).

Eine Nutzung des in entsprechenden Datenbanken verfügbaren Erfahrungswissens trägt zur Qualitätssicherung von Interventionen bei. Dies gilt vor allem dann, wenn auch Ergebnisse der Projekte und Ansprechpartner für Rückfragen ausgewiesen werden.

Evidenzklassen und Empfehlungen für primärpräventive Interventionen

372. Eine schlüssige Hierarchie von Evidenzklassen für primärpräventive Interventionen analog zu den entsprechenden Klassen der ‚evidenzbasierten Medizin' lässt sich aufgrund der hohen Komplexität bevölkerungsbezogener Interventionsansätze und der sehr unterschiedlichen Evaluationsperspektiven nicht ableiten (Rosenbrock, R. 2004b; vgl. Øvretveit, J. 2002). Das Institute of Medicine unterscheidet vor diesem Hintergrund nur zwischen nachgewiesen wirksamen (‚*proven*') und vielversprechenden (‚*promising*') Interventionen (Smedley, B.D. u. Syme, S.L. 2001). Voraussetzung für die Einstufung einer Intervention als ‚vielversprechend' ist zum einen die Existenz eines theoretischen Modells, zum anderen aber der empirische Nachweis der Wirksamkeit in definierten Zielgruppen. Dabei sollte die empirische Evidenz zumindest Teile des Modells stützen. Interventionen können auch als ‚vielversprechend' eingeschätzt werden, wenn zwar nur eine begrenzte Wirksamkeit in einer breiten (bzw. unselektierten) Bevölkerung nachgewiesen wurde, eine zielgruppengerechte Weiterentwicklung jedoch möglich ist (vgl. Rosenbrock, R. 2004b; Smedley, B.D. u. Syme, S.L. 2001).

373. Soweit die GKV primärpräventive Interventionen auf der Grundlage von § 20 SGB V durchführt, muss die verfügbare Evidenz in die Interventionsplanung eingehen. Darüber hinaus können Krankenkassen aber auch komplexe und schwierig evaluierbare Interventionen selbst bei fehlendem Wirksamkeitsnachweis fördern, wenn

– für analoge Interventionen ein Wirksamkeitsnachweis vorliegt,

– die Wirksamkeit plausibel ist und

– eine professionelle Qualitätssicherung der Intervention gewährleistet ist.

Ein Wirksamkeitsnachweis sollte aber prinzipiell angestrebt werden. Zum Zwecke der Erfahrungs- und Wissensakkumulation ist vor allem eine sorgfältige Dokumentation von Interventionen und Ergebnissen erforderlich. Um die Transparenz der aus Beitragsmitteln finanzierten Aktivitäten zu erhöhen, sollten Dokumentationen zeitnah in das Internet eingestellt werden.

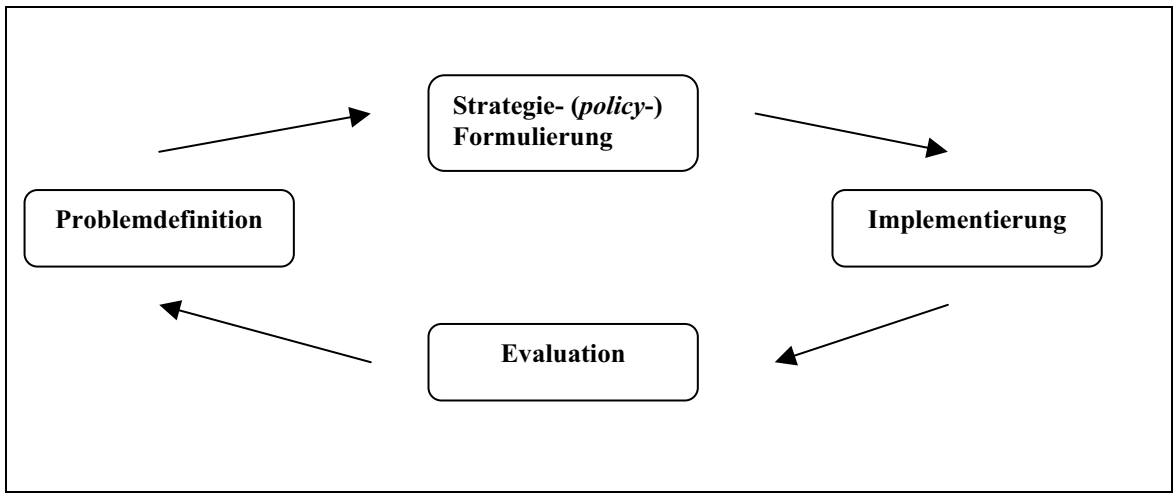
4.7.3 Qualitätssicherung von Interventionen[86]

374. Als ein Ausgangspunkt der Systematisierung der Qualitätssicherung von primärpräventiven Interventionen kann der *Public Health Action Cycle* (‚Lernzyklus') dienen (Rosenbrock, R. 1995).

[86] Vgl. Gutachten 2000/2001, Bd. 1, Kapitel 2.4.

Abbildung 15

Public Health Action Cycle



Quelle: Eigene Darstellung

Die einzelnen Phasen dieses Zyklus lassen sich nicht immer trennscharf voneinander abgrenzen, z. B. weil die mit der Evaluation beauftragten Experten im Rahmen einer ‚entwicklungsorientierten' Evaluation auch die Strategieformulierung und/oder die Implementierung beeinflussen. Im Prinzip bezieht sich die Qualitätssicherung auf alle dargestellten Stufen der Problembearbeitung, d. h. exakte Problembeschreibung bzw. -abgrenzung, Strategieentwicklung, Umsetzung und Evaluation.

375. Ein Mangel an auch für die Primärprävention geeigneten Konzepten und Instrumenten zur Qualitätssicherung ist nicht festzustellen.[87] Engpässe bestehen eher in der Bereitschaft und Motivation der Akteure, diese Instrumente an die Bedingungen der jeweiligen Intervention anzupassen, u. U. auch in der Verfügbarkeit von Ressourcen. Eine ausreichende Motivation der Akteure zur Qualitätssicherung setzt aber voraus, dass Anforderungen nicht nur von außen an die Träger der Intervention herangetragen werden, sondern deren Anliegen und Problemwahrnehmung reflektieren und auch von ihnen mitgestaltet werden. Andernfalls können Anforderungsprofile dysfunktionale Prozesse wie die lediglich formale Abarbeitung von Prüfkriterien provozieren und damit letztlich sogar zur Qualitätsminderung führen (Gutachten 2000/2001, Band I, Kapitel 2.4; Rosenbrock, R. 2004b,c).

376. Im Hinblick auf die Tatsache, dass außer der Motivation von Akteuren der Prävention bzw. von Projektmitarbeitern vor allem die Motivation der Zielgruppen über den Erfolg von Interventionen entscheidet, empfehlen sich partizipative Ansätze der Qualitätssicherung und Evaluation (vgl. Springett, J. 2001; Wright, M.T. 2004). Sie zielen auf die Teilnahme von Mitarbeitern und Zielgruppen an allen Aspekten der Problemdefinition, Planung, Durchführung und Auswertung einer Intervention. Damit stehen sie in einem Kontrast zu einer rein externen Leistungsvorgabe und -kontrolle. Die Zielgruppen der Intervention sind nach diesen Ansätzen nicht passive Konsumenten von eng abgegrenzten präventiven Dienstleistungen, sondern Mitakteure der Prävention. Diese auf Partizipation zielenden Ansätze werden nicht nur der Ottawa-Charta der WHO (1986), sondern auch dem gesundheitspolitischen Postulat der Eigenverantwortung für die individuelle Gesundheit gerecht. Die partizipative Qualitätssicherung eignet sich inbesondere für Setting-Projekte bzw. für Projekte einer Organisationsentwicklung in Betrieben und Schulen. Gleichwohl sollte die Wirksamkeit von Interventionen auch über externe Evaluationen gezeigt werden.

4.8 Ökonomische Anreize in der Primärprävention

4.8.1 Vorbemerkung

377. Anreizstrukturen können die geforderte Umsetzung des Präventionsgedankens sowohl konterkarieren als auch unterstützen. Dabei sollten finanzielle Anreize aber nicht isoliert, sondern nach Möglichkeit im Rahmen breiter angelegter Public Health-Konzepte z. B. für die Risikofaktoren Tabakkonsum (Gutachten 2000/2001, Band III.3, Ziffer 62ff.), Alkoholkonsum bzw. -abusus und Übergewicht bzw. Adipositas eingesetzt werden (‚*policy mix'*).

378. Preise bzw. Preisrelationen haben eine Informationsfunktion: Sie spiegeln die (relative) Knappheit von Ressourcen wider. Steuern, die Preise beeinflussen, werden auch in anderen Politikbereichen wie der Umweltpolitik für präventive Zwecke und zur Verhaltenssteuerung eingesetzt, vor allem dann, wenn die gesamtwirtschaftlichen Kosten die einzelwirtschaftlichen Kosten übersteigen (negative externe Effekte; vgl. Kohte, W. u. Faber, U. 2003). Insofern sollten die Auswirkungen bzw. der Einsatz von ökonomischen Anreizstrukturen auch und gerade in einem Bereich, der nach verbreiteter Einschätzung lange vernachlässigt wurde, geprüft und bei Bedarf weiterentwickelt werden. Dieser Denkansatz stimmt mit dem Ziel einer *healthy public policy* überein, welche die Anliegen der Primärprävention in allen Lebensbereichen und Politikfeldern verankert. Die Frage nach der Bedeutung von Anreizstrukturen für präventionspolitische Zielsetzungen gewinnt auch insofern an Bedeutung, als der Gesetzgeber der GKV mit dem 2003 verabschiedeten GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) erweiterte Spielräume für Bonus-Regelungen zur Förderung eines ‚gesundheitsbewussten Verhaltens' einräumte.

Die folgenden Überlegungen dienen vor allem dem Zweck, Anregungen zu bieten, die von Akteuren sowohl außerhalb (‚implizite Gesundheitspolitik') als auch innerhalb des Gesundheitssystems (‚explizite Gesundheitspolitik') aufgenommen und im Sinne einer *healthy public policy* zielführend weiterentwickelt werden können.[88]

4.8.2 Konsumverhalten und Lebensstile

4.8.2.1 Tabakkonsum und Tabaksteuer

379. Die Tabaksteuer ist eine bundesgesetzlich geregelte Verbrauchssteuer. Sie setzt sich aus einem wert- und einem mengenbezogenen Anteil zusammen. Dabei lässt sich die Mengenkomponente gesundheitspolitisch besser begründen als die Wertkomponente, da aus einer primärpräventiven Perspektive die Menge der konsumierten Produkte reduziert werden sollte. Das Steueraufkommen stieg zwischen 1991 und 2003 von 10 Mrd. € auf mehr als 14 Mrd. €. Die Tabaksteuer ist damit die nach der Mineralölsteuer ertragreichste Verbrauchssteuer. Erhöhungen der Tabaksteuer waren in der Vergangenheit vermutlich eher durch fiskalische als durch gesundheits- bzw. präventionspolitische Gesichtspunkte motiviert. Tabakprodukte werden außer durch die Tabaksteuer auch durch die

[87] Siehe z. B. die Formulierungs- und Handlungsvorschläge für Qualitätsziele, -kriterien und -indikatoren der Stiftung ‚Gesundheitsförderung Schweiz' (http://www.quint-essenz.ch/).

[88] Dieser Abschnitt fokussiert auf ökonomische im Sinne von materiellen/finanziellen Anreizen. Diese Themenstellung impliziert selbstverständlich nicht, dass die Bedeutung der zahlreichen anderen für Gesundheitsförderung und Prävention relevanten Motive relativiert werden darf. Vielmehr gilt es, Anreizstrukturen konsistent zu gestalten, wenn eine Umsteuerung des Gesundheitswesens und anderer Lebensbereiche in Richtung auf mehr Prävention gelingen soll.

Mehrwertsteuer belastet. Mehr als 95 % des Tabaksteueraufkommens resultieren aus der Besteuerung von Zigaretten. Rund zwei Drittel des Verbraucherpreises von Zigaretten werden in Form von Steuern an den Staat abgeführt (v. Deuverden, K. 2004). Die Tabaksteuer wurde zuletzt im März und Dezember 2004 erhöht; eine weitere Erhöhung ist für September 2005 vorgesehen.

Verhaltenswirkungen einer Tabaksteuer

380. In der Erklärung ‚Für ein tabakfreies Europa' der WHO (2002a) wird gefordert, umfassende Konzepte mit messbarem Einfluss auf die Verringerung des Tabakkonsums wirksam in der gesamten Region umzusetzen. In einer Aufstellung der wichtigsten Elemente umfassender Maßnahmen wird eine hohe Besteuerung an erster Stelle genannt. Im Entwurf eines Arbeitsdokuments zur europäischen Anti-Tabak-Strategie des Regionalkomitees für Europa (2002b) wird ausgeführt: „Die internationalen Fakten deuten darauf hin, dass der Preis und die Anhebung von Tabaksteuern zu den wirksamsten Elementen einer umfassenden .. Anti-Tabak-Politik zählen. Kontinuierlich ansteigende Realpreise für verschiedene Tabakerzeugnisse (was durch Anhebung der Besteuerung erreicht wird) senken vor allem unter Jugendlichen den Konsum und die Prävalenz des Rauchens …" Der Sachverständigenrat wies ebenfalls darauf hin, dass Preissteigerungen als wirksamstes Einzelinstrument zur Reduktion des Tabakkonsums gelten (Gutachten 2000/2001, Band III.3, Ziffer 68).

381. Zum Zusammenhang zwischen dem Preis und dem Konsum von Zigaretten liegen zahlreiche Studien vor. Sie verwenden sowohl publizierte Angaben zum Absatz als auch auf individueller Ebene erhobene Daten und bestimmten i. d. R. die Preiselastizität der Nachfrage nach Zigaretten, d. h. die Beziehung zwischen der Nachfrage- und der sie verursachenden relativen Preisvariation.[89] Auswertungen der internationalen Studienlage führen zu dem eindeutigen Ergebnis, dass eine Erhöhung des Preises den Zigarettenkonsum senkt (Hanewinkel, R. u. Isensee, B. 2003; vgl. Chaloupka, F.J. u. Warner, K.E. 2000).

382. Eine Erhöhung der Tabaksteuer, die durch eine Preiserhöhung ganz oder zumindest anteilig auf die Konsumenten überwälzt wird, dient auch der Primärprävention. Die Studienlage spricht dafür, dass insbesondere Jugendliche und Angehörige sozial schwächerer Schichten ihren Zigarettenkonsum in Folge einer Preiserhöhung reduzieren. Die Preiselastizität der Nachfrage nach Zigaretten wurde bei Jugendlichen auf – 0,66 geschätzt (Gruber, J. 2002). Aus den vorliegenden Ergebnissen wurde gefolgert, dass die Besteuerung ein wichtiges Instrument zur Reduktion des Rauchens unter Jugendlichen ist (Gruber, J. 2002; Ross, H. u. Chaloupka, F.J. 2003).

383. Für verschiedene sozioökonomische Gruppen wurden unterschiedliche Preiselastizitäten der Nachfrage festgestellt (Cutler, D.M. 2002). Die Nachfrage ist danach vor allem in unteren sozioökonomischen Schichten, in denen die Prävalenz des Rauchens hoch ist und in denen mit dem Rauchverhalten assoziierte Krankheiten überdurchschnittlich häufig auftreten, mit – 1,0 bei Männern und – 0,9 bei Frauen vergleichsweise preisreagibel (Townsend, J. et al. 1994).[90] Für ärmere Bevölkerungsgruppen wurden auch Preiselastizitäten für Zigaretten unterhalb von – 1 festgestellt (Gruber, J. u. Kosygi, B. 2002). Im Hinblick auf die distributiven Effekte einer Erhöhung der Tabaksteuer ist zu beachten, dass eine Steuererhöhung zu einer regressiven Belastung privater Haushalte führt. Der gesundheitliche Nutzen der Steuererhöhung kommt allerdings gerade auch ärmeren Bevölkerungsgruppen zugute, die überdurchschnittlich von mit dem Tabakkonsum assoziierten Krankheiten betroffen sind (Warner, K.E. 2000) .

384. Auch in Deutschland scheint der Zigarettenabsatz zwischen 1972 und 1999 vor allem durch die Steuergesetzgebung beeinflusst worden zu sein (Bundesministerium der Finanzen 2002). Die Tabaksteuererhöhung zum 1. Januar 2002 wurde u. a. auf der Basis individuell erhobener Daten analysiert (Hanewinkel, R. u. Isensee, B. 2003). Dabei zeigte sich, dass mit ca. 35 % ein nicht unerheblicher Anteil an Rauchern die Steuererhöhung zum Anlass nahm, ihr Rauchverhalten kritisch zu hinterfragen. Rund ein Viertel der Raucher beabsichtigte vor der Steuererhöhung, den Konsum reduzieren zu wollen; 11,5 % gaben nach der Erhöhung einen tatsächlichen Konsumrückgang an. Eine Aufgabe des Rauchens beabsichtigten vor der Steuererhöhung 10,7 % der Raucher; 4,7 % gaben hinterher an, dieses Ziel realisiert zu haben. Dass die Verhaltensintentionen nur z. T. in tatsächliche Verhaltensänderungen umgesetzt wurden, ist auch durch das Abhängigkeitspotenzial des Nikotins zu erklären. Für Automatenpackungen wurde eine höhere Preiselastizität der Nachfrage festgestellt als für Originalpackungen. Der Konsumrückgang fiel vor allem bei Studienteilnehmern mit einem relativ niedrigen Einkommen deutlich aus (Hanewinkel, R. u. Isensee, B. 2003). Eine Evaluation der Steuererhöhung zum 1. Janur 2003 ergab, dass 4 % der Raucher das Rauchen wegen der Steuererhöhung aufgaben und weitere 11,9 % den Konsum reduzierten (Isensee, B. u. Hanewinkel, R. 2004).

385. Eine Analyse der Umsetzung, Akzeptanz und Effekte der Tabaksteuererhöhung vom 1. März 2004 führte zu folgenden Ergebnissen (Hanewinkel, R. u. Isensee, B. 2004):

– Die Preiserhöhung für Zigaretten um 12,5 % (Originalpackung) bzw. um 14,3 % (Automatenpackung)

[89] Zur Bestimmung der Preiselastizität der Nachfrage werden die prozentuale Veränderung der Nachfrage und die prozentuale Veränderung des Preises zueinander in Beziehung gesetzt. Bei einem Nachfragerückgang um 5 % bei einer 10-prozentigen Erhöhung des Preises liegt die Preiselastizität der Nachfrage bei – 0,5. Für wirtschaftlich entwickelte Länder wird häufig ein Wert von durchschnittlich – 0,4 angenommen.

[90] Der Einfluss einer Informationsbereitstellung über die Medien (*health publicity*) ist dagegen nach Townsend, J. et al. (1994) zumindest in unteren sozioökonomischen Schichten in Großbritannien niedrig.

geht nur zu 66 % bzw. zu 58 % auf die Steuererhöhung zurück. Der verbleibende Anteil des Preisanstiegs erklärt sich aus Preiserhöhungen der Tabakindustrie.

– Die Akzeptanz der Steuererhöhung variiert in Abhängigkeit vor allem vom Raucherstatus und Alter sowie von der Schulbildung. Im Vergleich zu früheren Untersuchungen ergab sich eine Zunahme sowohl der Akzeptanz der Steuererhöhung als auch der beabsichtigten und berichteten Veränderungen des Rauchverhaltens.

– Die Tabaksteuererhöhung bewirkt bei vielen Rauchern eine Reflexion über das eigene Rauchverhalten. Vor der Erhöhung bekundeten fast zwei Drittel der Raucher, ihren Konsum einzuschränken. Rund 8 % gaben an, tatsächlich das Rauchen aufgegeben zu haben. Fast 20 % wechselten allerdings zu einer preisgünstigeren Marke.

Eine Reduktion des Zigarettenkonsums ist aus einer präventionspolitischen Perspektive prinzipiell als Erfolg zu werten. Der u. U. auftretende Konflikt zwischen präventiven und fiskalischen Zielen spricht allerdings gegen eine Zweckbindung der entsprechenden Steuereinnahmen.

Komplementäre Maßnahmen

386. Durch Steuererhöhungen bewirkte Anreize zur Reduktion des Tabakkonsums sollten, obgleich sie auch als Einzelinstrument effektiv sein können, als Bestandteil einer umfassenden Public Health-Strategie eingesetzt werden, die sich aus unterschiedlichen und sich wechselseitig ergänzenden Maßnahmen zusammensetzt (Abschnitt 4.4.4.2).

4.8.2.2 Alkohol und Alkoholsteuern

387. In Deutschland werden mehrere Alkoholsteuern erhoben (s. Exkurs).

Exkurs: Alkoholsteuern in Deutschland

Branntweinsteuer

Rechtsgrundlage ist das Gesetz über das Branntweinmonopol (BranntwMonG), in dem neben der Besteuerung auch die Marktordnung geregelt wird. Die Branntweinsteuer gehört zwar zu den Verbrauchssteuern, die innerhalb der EU mit Wirkung zum 1.1.1993 harmonisiert werden sollten, doch ist es nicht gelungen, gleiche Steuersätze für alle Mitgliedsstaaten durchzusetzen. Der Regelsteuersatz liegt bei 1 303 € je hl Alkohol. Die Verwendung für Arzneimittel, Lebensmittel (mit Ausnahme von Getränken), kosmetische Mittel und einige weitere Erzeugnisse ist steuerfrei. ‚Abfindungsbrennereien', relativ kleine Brennereien zumeist in Süddeutschland, erhalten eine Steuerbegünstigung, wenn sie ihre Erzeugnisse selbst vermarkten. Das Aufkommen lag 2002 bei ca. 2,15 Mrd. € und 2003 bei 2,2 Mrd. €, für 2004 und 2005 wird ein Aufkommen von rund 2,1 Mrd. € erwartet (Bundesministerium der Finanzen 2004). Die Einnahmen aus der Branntweinsteuer stehen dem Bund zu.

Biersteuer

Die Höhe der Biersteuer richtet sich nach dem Stammwürzegehalt des Bieres, gemessen in Grad Plato. Der Regelsteuersatz beträgt pro Hektoliter 0,787 € je Grad Plato. So wird z. B. ein Hektoliter eines durchschnittlich starken Bieres mit einem Stammwürzegehalt von 12 Grad Plato mit 12 x 0,787 € = 9,44 € belastet.[91] Das Steueraufkommen lag 2002 bei 812 Mio. € und 2003 bei 786 Mio. €. Für 2004 und 2005 rechnet der Arbeitskreis Steuerschätzungen mit einem Aufkommen in Höhe von 790 bzw. 784 Mio. € (Bundesministerium der Finanzen 2004). Das Aufkommen aus der Biersteuer steht den Ländern zu. Alkoholfreies Bier wird nicht besteuert.

Schaumweinsteuer

Der Steuertarif beträgt 136 € je hl, für Schaumwein mit einem Alkoholgehalt von weniger als sechs Volumenprozent 51 €/hl. Das dem Bund zustehende Aufkommen lag 2002 bei 420 Mio. €, 2003 bei 432 Mio. €. Für 2004 und 2005 wird ein Steueraufkommen von ca. 415 Mio. € erwartet (Bundesministerium der Finanzen 2004).

Sonstige Alkoholsteuern

Weitere Alkoholsteuern sind die 2004 neu eingeführte Steuer auf alkoholhaltige Süßgetränke (Alkopops), die zusätzlich zur Branntweinsteuer erhoben wird, und eine Zwischenerzeugnissteuer auf Getränke wie Sherry, Portwein und Madeira. Die Einführung der Alkopopsteuer wurde mit einer explizit präventionspolitischen Zielsetzung begründet. Das Steueraufkommen ist mit rund 17 Mio. € (2004) bzw. 42 Mio. (2005) bei der Alkopopsteuer und mit 26 Mio. € bei der Zwischenerzeugnissteuer gering (Bundesministerium der Finanzen 2004). Wein wird nicht besteuert.[92]

[91] Die Biersteuer ist gestaffelt (Biersteuermengenstaffel), um zum Erhalt einer mittelständisch geprägten Brauereiwirtschaft beizutragen. Für rechtlich und wirtschaftlich unabhängige Brauereien mit einer Gesamtjahreserzeugung von weniger als 200 000 hl gelten ermäßigte Steuersätze.

[92] Nach dem 1. Weltkrieg ersetzte eine ‚Reichsweinsteuer' die vorher erhobenen Landessteuern. Diese Weinsteuer wurde allerdings nach dem ‚Bernkasteler Winzeraufstand' von 1926, der aus einer Absatzkrise für deutsche Weine und Weinimporten aus Spanien resultierte, wieder abgeschafft (Bundesministerium der Finanzen 2005; Homburg, S. 2003).

Auf lokaler Ebene wird darüber hinaus z. T. noch, auf der Grundlage von Kommunalabgabegesetzen der Länder und kommunalen Satzungen, eine Schankerlaubnissteuer für den Betrieb einer Gastwirtschaft oder eines Kleinhandels mit Branntwein erhoben (Bundesministerium der Finanzen 2003).

Anreizwirkungen der Besteuerung von Alkohol

388. Die Besteuerung von alkoholischen Getränken wird als Public Health-Instrument in der Europäischen Charta Alkohol und im Europäischen Aktionsplan Alkohol 2000–2005 der WHO (2000a) empfohlen. Im Europäischen Aktionsplan Alkohol werden die Länder der Europäischen Region aufgefordert, bis zum Jahr 2005 eine Steuerpolitik zu verfolgen, die dazu beiträgt, alkoholbedingte Schäden zu verringern. Dazu soll ein hoher Preis von Alkoholprodukten verwirklicht, nichtalkoholische Getränke sollen zu niedrigen Preisen bereitgestellt werden.

Das Preisniveau von Alkohol beeinflusst sowohl den Pro-Kopf-Verbrauch an Alkoholika als auch die damit verbundenen Gesundheitsfolgen. Daher erscheint die Schlussfolgerung möglich, dass die Besteuerung von alkoholischen Getränken zur Kontrolle des Alkoholkonsums beiträgt und dass sich Alkoholsteuern positiv auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung auswirken (z. B. Room, R. et al. 2005; WHO 2004b; Cook, P.J. u. Moore, M.-J. 2002, 2000). Steuererhöhungen eignen sich auch dazu, den Alkoholkonsum unter Jugendlichen zu reduzieren (Saffer, H. u. Dave, D. 2003).

389. Die Besteuerung von Alkohol ist trotz dieser Empfehlungen etwas schwieriger zu rechtfertigen als eine Tabaksteuer, da einem moderaten Alkoholkonsum auch positive Auswirkungen auf den Gesundheitszustand zugeschrieben wurden. Darüber hinaus ist der Konsum alkoholischer Getränke kulturübergreifend und bereits seit Jahrtausenden ein Bestandteil des sozialen Lebens. Verbrauchssteuern lassen sich jedoch mit externen Kosten des Verbrauchs (im Falle des Alkohols z. B. Verkehrsunfälle und Gewaltdelikte unter Alkoholeinfluss und Gesundheitsausgaben in einer solidarisch finanzierten Krankenversicherung), mit einem unvollkommenen Informationsstand über Folgen des Konsums und mit sich im Zeitverlauf verändernden Präferenzen im Hinblick auf das Risiko und auf die Folgen von Gesundheitsproblemen begründen.

390. Im Zuge von Überlegungen zur Besteuerung alkoholhaltiger Produkte sollte auch geprüft werden, ob die zur Zeit uneinheitliche Besteuerung des Alkoholkonsums durch eine einheitliche Alkoholsteuer substituiert werden kann, deren Bemessung sich, unabhängig von der Art des Produkts, ausschließlich an der absoluten Alkoholmenge je verkaufter Einheit (Flasche, Packung) orientiert. Auf diese Weise würden bisher nicht besteuerte Produkte wie Wein in die Besteuerung einbezogen; Anreize für Ausweichreaktionen bei der Kreation von Mischgetränken würden verringert. Mit der Abschaffung mehrerer Verbrauchssteuern auf Alkohol würde zugleich ein Beitrag zur Vereinfachung des Steuersystems geleistet. Allerdings kann eine differenzierte Besteuerung aus einer präventionspolitischen Perspektive auch vorteilhaft sein, wenn höhere Steuersätze zum Rückgang des Konsums in bestimmten Zielgruppen, z. B. bei Jugendlichen, führen.

391. Zu einer Verringerung des Alkoholkonsums tragen neben der Besteuerung auch andere Maßnahmen bei, mit denen die Verfügbarkeit von Alkohol reduziert wird. Auch diese Maßnahmen lassen sich, da sie die Beschaffungskosten für alkoholische Produkte erhöhen, als ökonomische Anreize interpretieren. Wie bei Strategien zur Verringerung des Tabakkonsums wird es zur Rückführung des Alkoholabusus aber umfassender Präventionskonzepte bedürfen. Sowohl Interventionen im Setting als auch Präventionskampagnen können dazu einen Beitrag leisten (WHO 2004b). Gleichwohl sind soziokulturell verankerte Verhaltensweisen nur schwer zu verändern.

4.8.2.3 Übergewicht und Adipositas

Besteuerung von Nahrungsmitteln

392. Aus der Bedeutung des Gesundheitsproblems Adipositas und in diesem Zusammenhang der Ernährung leitet sich im Hinblick auf monetäre Anreize zur Prävention die Frage ab, ob selektive Verbrauchssteuern Anreize für eine der Gesundheit förderliche Ernährung setzen können. Eine differenzierte Verbrauchsbesteuerung sollte allerdings auf nachgewiesenen Risiken für die Entstehung von Krankheiten beim Konsum bestimmter Nahrungsmittel aufbauen. Es wird aber selbst bei guter Datenlage für einzelne Klassen von Nahrungsmitteln schwierig sein, eine angemessene Höhe neu einzuführender Verbrauchssteuern zu begründen. Weiterhin sind, noch mehr als bei Tabak- und Alkoholsteuern, regressive Belastungsaspekte der Besteuerung zu beachten. Ihre Höhe hängt allerdings davon ab, in welchem Ausmaß es den Anbietern von Nahrungsmitteln gelingt, Verbrauchssteuern auf die Konsumenten zu überwälzen.[93]

393. Eine Einführung neuer spezieller Verbrauchssteuern widerspricht nicht nur Forderungen in Politik und Wissenschaft nach einer grundlegenden Vereinfachung des Steuerrechts (z. B. Stiftung Marktwirtschaft 2005), sondern auch der bisherigen Praxis zur Abschaffung derartiger Steuern. Zu den nicht mehr erhobenen Steuern auf Lebensmittel gehören die Essigsäuresteuer (bis 1980), Salzsteuer (1992), Speiseeissteuer (1971), Süßstoffsteuer (1965), Teesteuer (1992) und Zuckersteuer (1992). Nach wie vor erhoben werden dagegen eine Kaffeesteuer und lokale Getränkesteuern auf der Grundlage von Kommunalabgabengesetzen und Satzungen von Städten und Gemeinden (Bundesministerium der Finanzen 2003). Eine

[93] Die Steuerinzidenz bzw. die Verteilung der Steuerlast auf Anbieter und Nachfrager wird vor allem durch die jeweiligen Angebots- und Nachfrageelastizitäten bestimmt (z. B. Homburg, S. 2003).

differenzierte Verbrauchsbesteuerung durch neu einzuführende Steuern erscheint u. a. auch vor dem Hintergrund der aktuellen steuerpolitischen Diskussion als wenig aussichtsreich. Dieses Argument spricht zugleich gegen die Einführung von Gesundheitsabgaben z. B. auf Zucker und Fleisch bzw. Massentierhaltung (vgl. UPI 2000).

394. Eine praktikable Alternative zur Einführung zusätzlicher Verbrauchssteuern wäre die Anhebung der Mehrwertsteuer von 7 % (ermäßigter Steuersatz) auf 16 % zumindest für bestimmte Klassen von Nahrungsmitteln.[94] In Betracht kommt bei einer Nutzung dieser Steuer für präventive Zwecke auch die Aufrechterhaltung der Steuerermäßigung für einige Klassen von Nahrungsmitteln, z. B. Obst und Gemüse, und die Anwendung des vollen Steuersatzes auf alle übrigen Klassen. Auf diese Weise würde eine existierende Steuer genutzt, um Anreize zu setzen. Inwieweit sich dieser Schritt in Preiserhöhungen und in einem Rückgang der Nachfrage niederschlägt, hängt von Preiselastizitäten der Nachfrage und des Angebots vor allem in der Lebensmittelproduktion und -distribution ab. In jedem Fall kann in einer Situation ausreichender Nahrungsmittelversorgung der Bevölkerung und im Hinblick auf die zunehmende Bedeutung der Gesundheitsprobleme Übergewicht und Adipositas die Berechtigung einer undifferenzierten steuerlichen Privilegierung von Nahrungsmitteln in Frage gestellt werden.

Subventionierung von Produkten und Produktionsweisen?

395. Subventionen in der Agrarwirtschaft, die zur Überproduktion von Nahrungsmitteln in Europa Anlass bieten, können – abgesehen von handels- und entwicklungspolitischen Gesichtspunkten bzw. der Diskriminierung von Entwicklungsländern – auch aus der Perspektive von Gesundheitsförderung und Prävention in Zweifel gezogen werden. In besonderem Maße gilt dies für eine Subventionierung des Tabakanbaus. Dagegen lässt sich eine Subventionierung bestimmter Produktionsweisen, z. B. des ökologischen Landbaus, ggf. auch präventionspolitisch begründen, falls Belege für positive gesundheitsbezogene Effekte dieser Produktionsweisen vorliegen und Subventionen niedrigere Preise, die das individuelle Konsumverhalten beeinflussen, ermöglichen.[95]

Prävention durch Gesundheitssport

396. Public Health-Interventionen, die allein an der Ernährung ansetzen, lassen mit dem im Rahmen zeitgenössischer Lebensstile verringerten Energiebedarf eine entscheidende Ursache für Übergewicht und Adipositas außer Betracht. Ein weiterer Ansatzpunkt für die Prävention von Übergewicht und Adipositas ist deshalb die Förderung attraktiver alters- und zielgruppenspezifischer Sport- und Bewegungsangebote einschließlich des Sports für behinderte Menschen. Die finanzielle Grundlage für den Breitensport wird im Wesentlichen durch privat zu tragende Vereinsbeiträge, Kursgebühren und staatliche Mittel, z. B. Zuschüsse für Investitionen in Sportstätten gelegt. Staatliche Mittel können dabei die privat zu tragenden Kosten von Aktivitäten im Breitensport verringern. Zur Förderung des Gesundheitssports werden voraussichtlich qualitätsgesicherte Bonus-Programme der GKV beitragen (vgl. Sportausschuss des Deutschen Bundestages 2004). Angebote im Gesundheitssport, die mit dem Qualitätssiegel der Initiative ‚Sport pro Gesundheit' des Deutschen Sportbundes und der Bundesärztekammer ausgezeichnet wurden, können nach § 20 SGB V gefördert und auch in Bonus-Programme der gesetzlichen Krankenkassen nach § 65a SGB V aufgenommen werden (www.sportprogesundheit.de).

Malusregelungen für ‚Risikosport'?

397. Die Abgrenzung zwischen einem der Gesundheit förderlichen Sport und der Gesundheit abträglichen Sportarten ist problematisch, da die Auswirkungen einer Sportart nicht nur von der Sportart selbst, sondern von der Art und Weise ihrer individuellen Ausübung, von der Erfahrung und vom Trainingszustand des Sporttreibenden, von der Qualität der Anleitung und von Sicherheitsvorkehrungen abhängen.

Die GKV wird mehr durch Unfälle im Breitensport wie Fußball, Tennis, Skifahren etc. als durch seltene ‚Risikosportarten' belastet. Die Datenlage reicht nicht aus, um Unfallwahrscheinlichkeiten für einzelne Sportarten und die mit diesen Unfällen verbundene finanzielle Belastung der GKV verlässlich bewerten zu können. Malusregelungen für ‚Risikosport' können auch angesichts der Bedeutung der Sportförderung für die Präventionspolitik nicht empfohlen werden.

4.8.2.4 Primärpräventive Bonusprogramme in der GKV

398. In Versichertenbefragungen werden Bonus-Systeme besser bewertet als eine Kostenerstattung oder Selbstbeteiligung (Andersen, H. u. Schwarze, J. 1999). Ein möglicher Nachteil von Boni sind aber ‚Mitnahmeeffekte'. Sie treten auf, wenn Versicherte, die sich auch ohne finanzielle Anreize gesundheitsbewusst verhalten, Boni in Anspruch nehmen. Diesem Argument lässt sich entgegenhalten, dass ein Bonus als Anerkennung für gesundheitsbewusstes und damit im Hinblick auf die finanziellen Folgen für die GKV zugleich solidarisches Verhalten dennoch akzeptabel sein kann.

Zu bestimmen sind vor einer Gewährung von Boni:

– Anknüpfungstatbestände für die Gewährung von Boni (z. B. bestimmte Vorsorgeuntersuchungen) und

---

[94] Für enterale Ernährungsprodukte (Trink- und Sondennahrung) gilt bereits der Regelsteuersatz von 16 %.

[95] Gefördert wird auch die Entwicklung (u. a. gentechnisch) modifizierter Lebensmittel (*nutritional genomics*, Nutrigenomik). So stehen der Region Berlin-Brandenburg bis 2006 ca. 18 Mio. € aus dem Rahmenprogramm Biotechnologie des BMBF zur Verfügung, um Projekte in der Pflanzenbiotechnologie, Genom- und Ernährungsforschung zu finanzieren. Ziel ist die Erforschung und Prävention ernährungsabhängiger Krankheiten (Verein zur Förderung der Nutrigenomik 2000).

– Höhe der Boni, ab der Verhaltensänderungen zu erwarten sind.

Eine geeignete Höhe von Boni, ab der Verhaltensänderungen zu erwarten sind, wird mangels empirischer Untersuchungen zumeist in einem Such- und Lernprozess zu ermitteln sein.

399. Eine Sonderform eines Bonus ist eine verringerte Eigenbeteiligung bei regelmäßiger Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen. Sie wurde in Deutschland für den Zahnersatz eingeführt und durch das GMG ab 2004 neu gefasst. Bis zum Inkrafttreten des GMG vermindert sich der Eigenanteil von 50 % nach § 30 SGB V bei jährlicher zahnärztlicher Untersuchung (10 Prozentpunkte bei jährlicher Untersuchung innerhalb der letzten fünf Jahre vor Inanspruchnahme von Zahnersatz und weitere 5 Prozentpunkte bei jährlicher Untersuchung innerhalb der letzten 10 Jahre). Empirische Untersuchungen zu den Verhaltenswirkungen dieser Regelung liegen allerdings nicht vor. In den neuen Bundesländern geht die Zahl der für Individualprophylaxe abgerechneten Beträge und der IP-Fälle im Gegensatz zu den alten Ländern seit 1997 zurück (KZBV 2001). Der Rat schlug eine Weiterentwicklung dieser Form des Bonus zu einer weniger am Schadensfall (Zahnersatz) als am Erfolg der Prophylaxe (Zahngesundheitsstatus auf der Grundlage einer zu erarbeitenden Bewertungsskala) orientierten Gewährung vor (SG 1995, Ziffer 153 ff.).[96] Ab 2004 wurden befundorientierte Festzuschüsse für Zahnersatz eingeführt, die sich bei eigenem Bemühen um die Gesunderhaltung der Zähne um 20 % bzw. um 30 % erhöhen (§ 55 Abs. 1 SGB V).

400. Der GKV wurden ab 2004 erweiterte Gestaltungsmöglichkeiten zur Gewährung von Boni für gesundheitsbewusstes Verhalten eingeräumt. Eine Krankenkasse kann in ihrer Satzung nunmehr Voraussetzungen bestimmen, unter denen Versicherte einen Anspruch auf Boni haben, wenn sie regelmäßig

– Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach §§ 25 und 26 SGB V oder

– qualitätsgesicherte Leistungen der Krankenkasse zur primären Prävention

– in Anspruch nehmen. Weiterhin können Satzungen von Krankenkassen auch die Voraussetzungen für eine Gewährung von Boni im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durch Arbeitgeber für den Arbeitgeber und für die Versicherten regeln, die an der betreffenden Maßnahme teilnehmen.

401. Für Versicherte, die an einer hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V), einem strukturierten Behandlungsprogramm bei chronischen Krankheiten (§ 137f. SGB V) oder an einer integrierten Versorgungsform (§ 140a SGB V) teilnehmen, können die üblicherweise anfallenden Zuzahlungen ermäßigt werden (§ 65a Abs. 2 SGB V). Dabei handelt es sich insoweit um einen ökonomischen Anreiz zur Prävention, als die im Gesetz aufgeführten und z. T. innovativen Versorgungsformen in ihrer praktischen Umsetzung präventive Elemente stärker als die bisher praktizierte bzw. dem Versicherten alternativ angebotene Versorgung gewichten.

402. Bisher wurden eine Reihe von Bonus-Modellen auf der Basis von § 65a SGB V konzipiert und umgesetzt (vgl. Forum für Gesundheitspolitik 2004). Diese Aktivitäten sind zu begrüßen, doch setzt eine fundierte Bewertung der laufenden Programme erst noch zu erstellende Evaluationen voraus. Nach der Rechtslage sollen Aufwendungen für Boni mittelfristig aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden; Krankenkassen müssen gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde regelmäßig, mindestens aber alle drei Jahre, darüber Rechenschaft ablegen.[97] Zukünftige Überlegungen zum Einsatz von Boni für gesundheitsbewusstes Verhalten in der GKV sollten an die in einigen Jahren verfügbaren Erfahrungswerte anknüpfen.

4.8.2.5 Anreizstrukturen und Setting-Ansatz

Setting ‚Schule'

403. Aktivitäten der Krankenkassen auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung im Setting ‚Schule' wurden zur Umsetzung von § 20 SGB V empfohlen (Gutachten 2003, Abschnitt 5.1.1). Ein gemeinsames Vorgehen von Krankenkassen auch unterschiedlicher Kassenarten wird die Durchführung und Evaluation von Setting-Projekten erleichtern. Da Krankenkassen bisher relativ wenige Wettbewerbsparameter zur Verfügung stehen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention nach § 20 SGB V ein möglicher Wettbewerbsparameter sind, besteht u. U. ein Anreiz, Maßnahmen der Gesundheitsförderung unter dem Gesichtspunkt der Öffentlichkeitswirkung zu bewerten, allein in der Regie einzelner Krankenkassen durchzuführen und primär auf die Zielgruppe ‚guter Risiken' im Sinne eines für die Krankenkasse günstigen Verhältnisses von Einnahmen und Ausgaben zu konzentrieren.[98] Dies kann dazu führen, dass Schulen ausgewählt werden, die zwar zu einer positiven Wahrnehmung der jeweiligen Krankenkasse bei deren Zielgruppen (im Sinne von ‚guten Risiken'), aber nicht zum Erreichen des in § 20 SGB V vorgegebenen Ziels einer Verminderung sozial bedingter Unterschiede von Gesundheitschancen beitragen.

404. Ausgaben für effektive Prävention sind kein Konsum-, sondern investiver Aufwand. Sofern in der

[96] Ebenfalls vorgeschlagen wurde zu prüfen, inwieweit sozial verträgliche ökonomische Anreize die eigenen Bemühungen chronisch Kranker um eine Vermeidung kostenintensiver Folgekomplikationen fördern könnten, z. B. über mit den Regelungen zum Zahnersatz vergleichbare Bonus-Modelle für Diabetiker (Gutachten 2000/2001, Band III.1, Ziffer 330).

[97] Dies gilt allerdings nicht für in der Satzung von Krankenkassen vorgesehene Boni für Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung.

[98] Dieses Problem kann auch in anderen Settings auftreten. Schulen bzw. generell Bildungseinrichtungen wird aber eine besondere Bedeutung für die Verminderung sozial bedingter Unterschiede von Gesundheitschancen beigemessen.

Lebensphase Kindheit und Jugend Einstellungen, Verhaltensweisen und Bewältigungsstrategien erworben werden, die einen konstruktiven Umgang mit Gesundheit und Krankheit sowie mit kritischen Lebensereignissen in dieser und den später folgenden Lebensphasen erleichtern bzw. erst ermöglichen, handelt es sich bei einer effektiven Gesundheitsförderung für diese Zielgruppe um ein Investitionsvorhaben nicht nur mit einer langen Laufzeit, sondern vermutlich auch mit einer guten Nutzen-Kosten-Relation. Aus diesem Grund ist es gerechtfertigt, Kinder und Jugendliche als zentrale Zielgruppe im Rahmen von Strategien zur Gesundheitsförderung und Primärprävention anzusehen (Gutachten 2003, Band II, Ziffer 557). Zu einer die Gesundheitsförderung in diesem Setting unterstützenden Anreizstruktur kann z. B. die Berücksichtigung von Ansatz und Kriterien der Gesundheitsförderung in der finanziellen Förderung von Ganztagsschulen beitragen (Gutachten 2003, Band II, Ziffer 563).

Setting ‚Betrieb'

405. Branchencharakteristika und die hohe Zahl der eingesetzten Anreizsysteme erschweren Wirksamkeitsvergleiche für unterschiedliche Systeme. Praktische Erfahrungen deuten darauf hin, dass die Wirksamkeit von Boni und Mali auch von der konjunkturellen Entwicklung bzw. von der Situation einer Branche abhängt. Finanzielle Anreize wirken in Krisenzeiten mit ausgeprägterem Kostenbewusstsein stärker. Trotz dieser Unsicherheiten in der Bewertung von Anreizsystemen werden die Wirkungen der Beitragsausgleichsverfahren in der gesetzlichen Unfallversicherung z. T. positiv eingeschätzt bzw. dienen als ein Erklärungsansatz für die rückläufige Entwicklung der Beiträge an die GUV (vgl. Schulz, U. 1999).

406. Neben dem Beitragsausgleichsverfahren (§ 162 Abs. 1 SGB VII) steht den Unfallversicherungsträgern auch die Möglichkeit offen, Prämien für wirksame Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren zu gewähren (§ 162 Abs. 2 SGB VII). Entsprechende Prämiensysteme wurden bisher aber nur von wenigen Berufsgenossenschaften, u. a. von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), eingeführt. Das Modell der BGW knüpft bei der Prämiengewährung an den organisatorischen Strukturen des innerbetrieblichen Arbeitsschutzes an (Kohte, W. u. Faber, U. 2003).

407. § 20 SGB Abs. 2 SGB V ermöglicht den Krankenkassen, den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchzuführen. Ein Anreiz für Krankenkassen, Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchzuführen, besteht insofern, als ein reduzierter Krankenstand die Ausgaben für Behandlung und Krankengeld senkt. Um Arbeitgebern einen zusätzlichen Anreiz zur betrieblichen Gesundheitsförderung zu setzen, können Krankenkassen Bonusmodelle auf der Basis von § 65a Abs. 3 SGB V in ihre Satzung aufnehmen. Dabei erhalten sowohl der Arbeitgeber als auch die an der jeweiligen Maßnahme teilnehmenden Versicherten einen Bonus.[99] Derartige Bonus-Modelle lassen sich damit begründen, dass arbeitsbedingte Krankheiten auch zu Lasten der GKV gehen. Gesundheitsbezogene Kosten werden dabei von den Betrieben externalisiert. Umgekehrt wird die GKV durch eine effektive betriebliche Primärprävention entlastet. Als Voraussetzung von Boni nach § 65a Abs. 3 SGB V sind aber Maßnahmen der Qualitätssicherung für die jeweiligen Interventionen zu fordern (vgl. Abschnitt 4.7.3).

408. Betriebliches Gesundheitsmanagement dient vor allem dazu, den Gesundheitszustand einer Belegschaft zu verbessern, den Krankenstand zu reduzieren und damit die Produktivität in Betrieben und Verwaltungen zu erhöhen. Die demographische Entwicklung wird zu einer Verschiebung der Altersverteilung und zu einem höheren Durchschnittsalter von Belegschaften führen. Etwa ab 2010 ist mit einer Abnahme des Arbeitskräfteangebots zu rechnen, die regionale, berufs- und qualifikationsbezogene Diskrepanzen auf dem Arbeitsmarkt noch verschärfen wird. Zugleich wird das Thema ‚Gesundheit' in der Bevölkerung und damit auch in den Belegschaften von privaten und öffentlichen Unternehmen und Betrieben höher gewichtet. Diese Einflussfaktoren werden dazu führen, dass Ansätze und Angebote im betrieblichen Gesundheitsmanagement an Bedeutung gewinnen (Badura, B. et al. 2003; vgl. AOK-Bundesverband 2004). Damit entsteht – unabhängig von im Sozialversicherungsrecht vorgesehenen Anreizsystemen – eine betriebswirtschaftliche bzw. unternehmenspolitische Motivation für Aktivitäten auf diesem Gebiet.[100]

Gesundheitsfördernde Krankenhäuser

409. Krankenhäuser bilden Zentren von regionalen Versorgungssystemen und nehmen mehrere für das Gesundheitswesen bedeutende Funktionen wahr, u. a. in der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten und anderen Fachkräften im Gesundheitswesen (Gutachten 2003, Band II, Kapitel 6.5). Aus diesem Grund und um das Gesundheitsmanagement in diesen vergleichsweise komplexen Betrieben zu verbessern, sollte die geforderte Stärkung der Primärprävention nach dem Setting-Ansatz insbesondere auch Krankenhäusern zugute kommen (vgl. Badura, B. et al. 2005; Gutachten 2000/2001, Band I, Ziffer 220ff.).

---

[99] Die AOK Niedersachsen führte ein Bonus-Projekt auf der Grundlage von Erprobungsregelungen in § 63 ff. SGB V durch (Kohte, W. u. Faber, U. 2003; vgl. WHO 1999a). Dieses evaluierte und erfolgreiche Programm wird ab 2004 unter den neuen rechtlichen Rahmenbedingungen des GMG weitergeführt (AOK-Institut et al. 2004).

[100] Vor anders gearteten und häufig ungleich größeren Herausforderungen stehen Unternehmen in einigen Entwicklungs- und Schwellenländern. So kann die Rate der HIV-Infizierten an der gesamten Belegschaft in südafrikanischen Unternehmen bis zu 40 % erreichen (Rosen, S. et al. 2003). In solchen Fällen ist die Durchführung von Präventionsprogrammen für Unternehmen oft schon im Hinblick auf die Entwicklung ihrer Personalkosten sinnvoll. Dies gilt insbesondere dann, wenn Unternehmen für Behandlungskosten ihrer Belegschaft aufkommen und es als ethisch inakzeptabel gilt und/oder gesetzlich untersagt ist, infizierten bzw. kranken Beschäftigten aufgrund ihrer Krankheit zu kündigen (Rosen, S. et al. 2003).

Dabei kann eine Organisationsentwicklung im Krankenhaus z. B. die Handlungsfelder

- Personalentwicklung im ärztlichen Dienst und im Pflegedienst (vgl. Gutachten 2000/2001, Band 1, Kapitel 1) sowie in den anderen Dienstarten,
- Kommunikation innerhalb und zwischen den Dienstarten sowie zwischen Mitarbeitern des Krankenhauses und Patienten bzw. ihren Angehörigen,
- Weiterentwicklung von Organisationsformen im Krankenhaus und
- Qualitätsentwicklung, -sicherung und -management

umfassen.

Anreize zur Gesundheitsförderung im Krankenhaus lassen sich u. a. durch eine Berücksichtigung gesundheitsfördernder Aktivitäten in Pflegesatzvereinbarungen zwischen den Krankenhausträgern und Verbänden der Krankenkassen setzen. Zur Zeit wird die Gesundheitsförderung im Krankenhaus nicht finanziell unterstützt. Ein mögliches Problem besteht in der Zuweisung von Kompetenz und Verantwortung zu unterschiedlichen Entscheidungsträgern bei den Krankenkassen – für Gesundheitsförderung und Prävention zum einen und für Krankenhausversorgung und Pflegesatzverhandlungen zum anderen.

410. Nach der Einführung eines DRG-Systems ab 2003/04 wird eine räumliche Verdichtung der Krankenhausversorgung erwartet. Damit wird eine Schließung von Fachabteilungen und Standorten verbunden sein. Entscheidungen zur Zukunft von Krankenhäusern im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder sollten, auch wenn es sich um unpopuläre Entscheidungen handelt, nicht aufgeschoben werden, vertragliche Vereinbarungen zwischen den Krankenkassen und Krankenhäusern aber ausreichend lange Laufzeiten aufweisen. Der Rat forderte bereits die Erarbeitung eines ordnungspolitischen Rahmens für das DRG-System parallel zur Einführung dieses Vergütungssystems, um die Planungssicherheit nicht nur der Krankenkassen, sondern vor allem auch der Krankenhäuser zu verbessern (Gutachten 2003, Band II, Ziffer 951). Eine hohe Belastung der Belegschaft in Krankenhäusern, deren Existenz ungesichert ist bzw. denen keine ausreichenden finanziellen Ressourcen zur Verfügung stehen, behindert eine erfolgreiche Implementation gesundheitsfördernder Prozesse nach dem Setting-Ansatz. Mögliche Probleme sind dabei

- hohe Arbeitsbelastung der Belegschaft (mit Konsequenzen u. a. für den Gesundheitszustand von Mitarbeitern im Falle von ‚*distress*' und für die Prävention von Behandlungsfehlern; vgl. Gutachten 2003, Band I, Kapitel 4),
- psychische Belastung aufgrund der Unsicherheit des Arbeitsplatzes und der daraus folgenden Unsicherheit in der individuellen Lebensplanung und
- Vernachlässigung von Arbeitsschutz bzw. Investitionen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung wegen fehlender Ressourcen.[101]

4.8.3 Anreize für Anbieter im Gesundheitssystem

4.8.3.1 Anreizsysteme in der Primärversorgung

411. Anreizsysteme in der Primärversorgung (*primary care*) lassen sich im Hinblick auf einzelne Gesundheitsprobleme oder Gesundheits- bzw. Versorgungsziele untersuchen. Als konkrete Ansatzpunkte für die Untersuchung und Gestaltung von Anreizen kommen beispielsweise in Betracht:

- Beratung von Rauchern (in nach der Kosten-Effektivität geordneten *league tables* lag die Beratung von Rauchern auf einem vorderen Rang),
- Beratung im Hinblick auf physische Aktivität/Breitensport, Übergewicht/Diät, Stressreduktion und allgemein kardiovaskuläre Risikofaktoren und
- Früherkennung von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit sowie Beratung.

Finanzielle Anreize können z. B. gesetzt werden durch:

- Aufnahme neuer EBM/GOÄ-Positionen,
- höhere Bewertung präventiver Maßnahmen (bzw. Änderung der Preisrelationen zugunsten präventiver Maßnahmen),
- Anreize im Rahmen von Disease Management-Programmen und
- *capitation*-Modelle, die Anreize zur Vermeidung von Krankheit durch präventive Maßnahmen (u. a. Beratung) setzen.

412. In den Gesundheitssystemen mehrerer Länder (Großbritannien, USA im Rahmen von Managed Care, Australien) wurden finanzielle Anreize für präventive Maßnahmen eingesetzt. Es liegen aber wenige Untersuchungen zu Auswirkungen von finanziellen Anreizen vor, die für die Politik handlungsleitend sein könnten. Zu den Problemen zählen Interaktionen zwischen speziellen finanziellen Anreizen und der Funktionsweise des eingesetzten Vergütungssystems sowie Opportunitätskosten finanziell geförderter Maßnahmen. Vor diesem Hintergrund wurden Kriterien für die Angemessenheit finanzieller Anreize zur Förderung präventiven Handelns in der Primärversorgung vorgeschlagen (Boyden, A. u. Carter, R. 2000):

---

[101] Eine von Krankenhausleitungen oft beklagte, sich weiter öffnende ‚Schere' zwischen steigenden Personalkosten aufgrund tariflich vereinbarter Lohnerhöhungen, der Wirkungsweise des BAT bei steigendem Durchschnittsalter der Belegschaft sowie des neuen Arbeitszeitrechts einerseits und begrenzten Budgets andererseits trägt zu diesem Problem bei.

- Das Anreizsystem bezieht sich auf ein prioritäres Gesundheitsproblem und begünstigt die Erbringung evidenzbasierter, kosteneffektiver Maßnahmen,
- die Zielsetzung des Anreizsystems ist klar definiert,
- das Anreizsystem ist Bestandteil einer breit angelegten Public Health-Strategie,
- positive und negative Folgewirkungen werden unter Einsatz geeigneter Messkonzepte und -instrumente gegeneinander abgewogen,
- finanzielle Anreize werden im Rahmen eines effektiven Vergütungssystems gesetzt, so dass das gesamte Leistungsangebot Akzeptanz bei Patienten findet und mit der Routine primärärztlicher Versorgung vereinbar ist, und
- die Vergütung richtet sich nach zuverlässigen Messungen valider Indikatoren.

Im Rahmen einer systematischen Förderung der Prävention sollte auch eine angemessene Vergütung präventiver ärztlicher Leistungen sichergestellt werden. In einem ersten Schritt könnte die Beratung zu Risikofaktoren wie Rauchen und Alkoholkonsum, Bewegung und Ernährung bzw. Übergewicht und Adipositas überprüft werden.[102]

413. Defizite in der Primärprävention bestehen auch im Impfverhalten. Deutschland weist im Vergleich zu anderen europäischen Ländern verbesserungsfähige Ergebnisse u. a. bei den Durchimpfungsraten gegen Masern, Mumps und Röteln auf; bei anderen impfpräventablen Erkrankungen werden die präventiven Potenziale ebenfalls nicht genutzt. Impflücken bestehen z. B. bei Erwachsenen, die Auffrischungsimpfungen gegen Tetanus und Diphterie zu selten erhalten (vgl. Robert Koch-Institut 2000; Gutachten 2000/2001, Band I, Ziffer 145 ff. und 194; Beske, F. u. Ralfs, D. 2003). Risiken bestehen aber gerade auch für die Gesundheit von Kindern, besonders auch aus sozial schwächeren Familien. Der Rat empfahl bereits, neben der Information und Aufklärung zusätzliche Wege und Methoden der Motivation zum Impfen zu prüfen und anzuwenden (Gutachten 2000/2001, Band I, Ziffer 276). Neben Informationsdefiziten wurde eine zu geringe Honorierung der Impfleistung als ein Grund für die bestehenden Defizite genannt. Daher sollten neben der Bereitstellung von Informationen auch verstärkt finanzielle Anreize eingesetzt werden, um bessere Durchimpfungsraten zu erzielen. In Betracht kommt – allerdings in Abhängigkeit von der regionalen Versorgungssituation – z. B. eine mengen- und zielorientierte Vergütung, die erst bei einer bestimmten Anzahl von Impfungen einsetzt (Gutachten 2003, Band II, Ziffer 725).[103]

4.8.3.2 Anreizstrukturen und neue Technologien: Moderne prädiktive Gendiagnostik

Bestimmung von Krankheitsrisiken

414. Die Möglichkeiten der Diagnostik von genetischen Merkmalen, die für die Entstehung von Krankheiten mitverantwortlich sind, werden voraussichtlich zunehmen. Fortschritte in der genetischen Diagnostik wurden bereits in der Diagnostik von Infektionskrankheiten (Erregerdiagnostik) sowie in der Differenzialdiagnostik von Krebserkrankungen erzielt (Hennen, L. et al. 2001). In der medizinischen Praxis hat die Diagnostik monogener Erbkrankheiten bisher eine größere Bedeutung als die Diagnostik multifaktorieller Krankheiten. Die Aussagekraft von Tests für multifaktoriell, d. h. im Zusammenspiel von genetischer Disposition, Umwelt- und Lebensstilfaktoren verursachte Krankheiten ist begrenzt, da zwar ggf. ein erhöhtes Risiko diagnostiziert werden kann, eine sichere Prognose aber nicht möglich ist (ebd.; DFG 2003; Bundesärztekammer 2003).

415. Die Verfügbarkeit von Gentests wird vor allem durch die DNA-Chip-Technologie erhöht, mit der mehrere hundert Tests in automatisierten Arbeitsschritten durchgeführt werden können. DNA-Chips senken die (Grenz-) Kosten der Durchführung von Tests. Gentests können deshalb bei einer ausreichenden Zahl von Untersuchungen auch bei geringer Vergütung durch gesetzliche Krankenkassen oder private Versicherungsunternehmen angeboten werden. Die Entwicklung der DNA-Chip-Technologie eröffnet damit prinzipiell die Perspektive einer routinemäßigen Nutzung der Gendiagnostik in der medizinischen Praxis auch außerhalb von Instituten für Humangenetik und von Praxen niedergelassener Fachärzte für Humangenetik. Bei einer derartigen Entwicklung kann sich das noch nicht befriedigend gelöste Problem der Qualitätssicherung in Gendiagnostik und humangenetischer Beratung vor dem Hintergrund von gegenwärtig und voraussichtlich auch mittelfristig fehlenden Therapieoptionen weiter verschärfen (vgl. DFG 2003; Bundesärztekammer 2003). Mit einer Zunahme neuer gendiagnostischer Möglichkeiten wird gerechnet; in welchem Zeitraum Beiträge der Genomforschung aber zu innovativen therapeutischen Interventionen führen werden, ist kaum verlässlich abzuschätzen (WHO 2002c).

Gendiagnostik im Arbeitsschutz?

416. Für Arbeitsmedizin und Arbeitsschutz sind vor allem multifaktorielle Krankheitsprozesse von Bedeutung,

[102] Darüber hinaus sollte die Erkennung und Therapie psychischer Gesundheitsprobleme wie Depression in der primärärztlichen Versorgung in die Untersuchung einbezogen werden. Dafür spricht u. a. die Prognose aus der *Global Burden of Disease*-Studie, dass die Bedeutung der (unipolaren) Depression weltweit steigen wird und in einer Rangliste der führenden Gesundheitsprobleme, gemessen in DALY, im Jahr 2020 sowohl weltweit als auch in entwickelten Regionen der westlichen Welt auf einem vorderen Rang liegen wird (Murray, C.J.L. u. Lopez, A.D. 1996).

[103] Bestehende oder fehlende Anreize können auch die Entwicklung von Impfstoffen durch die pharmazeutische Industrie beeinflussen. Dies gilt z. B. für seltene Krankheiten (*orphan vaccines*) oder für Krankheiten, die vornehmlich in Entwicklungs- und Schwellenländern auftreten, in denen eine adäquate Gesundheitsversorgung bzw. die Finanzierung des Einsatzes dieser Impfstoffe nicht gewährleistet ist (Schwartz, B. u. Rabinovich, N.R. 1999; WHO 2001).

für deren Abklärung noch keine Gentests verfügbar sind. Weiterhin stehen andere Nachweisverfahren zur Verfügung, die nicht auf der DNA-Ebene, sondern auf der Genprodukt- und Chromosomenebene ansetzen und die in der Regel für die Feststellung von am Arbeitsplatz erworbenen Gesundheitsschäden eingesetzt werden (Hennen, L. et al. 2001). Bei Personen, die spezifischen gesundheitlichen Risiken am Arbeitsplatz ausgesetzt sind, können gezielte prädiktive genetische Untersuchungen dazu dienen, rechtzeitig Vorsorgemaßnahmen zu ergreifen (Bundesärztekammer 2003). Andererseits sind Vorbehalte gegenüber präventiven Gentests in der Arbeitsmedizin und im Arbeitsschutz vor allem durch die Möglichkeit begründet, dass Maßnahmen des Arbeitsschutzes durch eine Auswahl von Arbeitnehmern in Abhängigkeit von deren genetischer Disposition substituiert werden könnten. Regelungsbedarf kann im Hinblick auf das Fragerecht des Arbeitgebers, Mitteilungspflichten des Arbeitnehmers, den Einsatz von Gentests im Rahmen von Einstellungsuntersuchungen und den Umgang mit personenbezogenen Daten entstehen (Hennen, L. et al. 2001).[104]

Stellenwert der prädiktiven genetischen Diagostik in der Primärprävention

417. Obwohl das theoretische Potenzial einer verbesserten Kenntnis der genetischen Bedingungen von Krankheit und Gesundheit für das Gesundheitswesen unbestritten ist, sind der praktischen Nutzung der prädiktiven genetischen Diagnostik für die Prävention doch auf mehrfache Weise Grenzen gesetzt:

– Genetisches Wissen erlaubt nur in begrenztem Maße Vorhersagen im Hinblick auf Gesundheit und Krankheit (DFG 2003). Zahlreiche Krankheiten sind multifaktoriell verursacht. Den jeweiligen Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie den personalen, sozialen und materiellen Ressourcen kommt eine hohe Bedeutung für die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten zu. Insofern erscheint es zielführend, die genetische Konstitution lediglich als ein Element der Bilanz von Belastungen und Ressourcen zu verstehen, die letztlich die Gesundheitschancen bestimmt und die durch effektive primärpräventive Interventionen beeinflusst werden kann.

– Genetische Kenntnisse sind zur Zeit eher diagnose- als therapieorientiert (DFG 2003). Selbst wenn genetische Tests im Zusammenhang mit anderen Einflussvariablen wie z. B. Lebensstilfaktoren Wahrscheinlichkeitsaussagen ermöglichen, werden vor allem für chronische ‚Volkskrankheiten' oft keine anderen als die bereits bekannten primärpräventiven Interventionen zur Verfügung stehen.

– Die Verwendung der genetischen Diagnostik kann nicht allein aus der Perspektive der Präventionspolitik bewertet werden. Sie berührt auch andere Aspekte der Gesundheits- und Sozialpolitik wie z. B. die ordnungspolitischen Voraussetzungen der Krankenversicherung[105] und weitere Lebensbereiche und Politikfelder.

4.9 Fazit und Empfehlungen

Ziele und Interventionsformen der Primärprävention

418. Ein beachtlicher Teil der Verbesserung des Gesundheitszustands und der Verlängerung der Lebenserwartung seit dem 19. Jahrhundert geht weniger auf medizinisch-kurative Innovationen als auf wirtschaftliche und soziale Entwicklungen sowie Umwelt-, Ernährungs-, Hygiene- und Bildungsfortschritte zurück. Der Beitrag der medizinisch-kurativen Versorgung zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation beläuft sich je nach Modellansatz und methodischem Vorgehen auf ca. 10–40 %. Der verbleibende Anteil erklärt sich primär aus Verbesserungen in den Lebensbedingungen bzw. -stilen. Damit haben außer der expliziten, d. h. der als solche bezeichneten und von Gesundheitsministerien verantworteten Gesundheitspolitik, verschiedene andere Politikfelder eine prinzipielle Bedeutung für die Primärprävention:

– Wirtschafts- und Sozialpolitik, darunter Arbeitsmarktpolitik,

– Bildungspolitik, darunter Schulpolitik,

– Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft,

– Verkehr, Bau- und Wohnungswesen und

– Umweltpolitik.

Eine effektive und nachhaltige Primärprävention setzt unter diesen Voraussetzungen einen gemeinsamen Zielhorizont, Konsens über die Eignung von Strategien sowie eine enge inter- und intrasektorale Kooperation der Akteure in unterschiedlichen Lebensbereichen und Politikfeldern voraus.

[104] Aus rechtlicher Perspektive gehört die genetische Beschaffenheit eines Menschen unbestreitbar zum Kern seiner Persönlichkeit. Die erzwungene Offenlegung und Verwertung der genetischen Veranlagung kann aus verfassungsrechtlicher Sicht nur dann zulässig sein, wenn überwiegende Gründe des Allgemeinwohls dies rechtfertigen und wenn im Einzelfall der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gewahrt ist (DFG 2003). Darüber hinaus erlauben Kenntnisse der genetischen Konstitution eines Individuums Rückschlüsse auf die Veranlagung von Verwandten. Dieser ‚überindividuelle' Charakter genetischer Daten spricht ebenfalls für eine sehr zurückhaltende Nutzung von Gentests.

[105] Die Krankheits- und damit Versicherungsrisiken sind unterschiedlich zwischen der GKV und der PKV verteilt. Die PKV versichert zwar nicht durchgehend, aber der Tendenz nach Personen mit einem höheren sozioökonomischen Status und besseren Gesundheitschancen. Eine zunehmende Nutzung von Gentests durch die PKV würde über die durch den sozioökonomischen Status erklärbaren Risikodifferenzen hinaus einen weiteren Selektionsmechanismus etablieren. Aus der betriebswirtschaftlichen Rationalität privater Versicherungsunternehmen heraus wäre dessen Nutzung vor allem dann geboten, wenn sich konkurrierende Unternehmen oder individuelle Vertragskunden durch die Nutzung entsprechender Tests relevante Vorteile zu Lasten des Versicherers verschaffen könnten. Insofern stellt sich die Frage nach dem ordnungspolitischen Rahmen vor allem der PKV – unabhängig von der Diskussion über die Finanzierung, den Versichertenkreis und das Leistungsspektrum der GKV – auch in diesem Zusammenhang.

419. Die Zielsetzung der Primärprävention lässt sich auf einer allgemeinen Ebene wie folgt näher bestimmen:

- Vermeidung, Abschwächung oder zeitliche Verschiebung von Mortalität und Morbidität und den sich ergebenden Einbußen an Lebensqualität und Einschränkungen der Teilhabe am sozialen Leben (‚intangible' Krankheitskosten),
- Vermeidung, Verringerung und/oder zeitliche Verschiebung des Ressourceneinsatzes für Kuration, Rehabilitation und Pflege bzw. von Ausgaben der Kranken-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung (‚direkte' Krankheitskosten),
- Investition in Gesundheit als einen aufgrund demographischer Trends zunehmend wichtigen Bestandteil des ‚Humankapitals' bzw.
- Vermeidung, Verringerung und/oder zeitliche Verschiebung ‚indirekter' Krankheitskosten (gesamtgesellschaftliche Produktions- und Wohlfahrtsverluste); Erhalt bzw. Erhöhung des ‚Produktionspotenzials', wobei ‚Produktion' in einem weiten Sinne jede Form des sozialen Engagements und der aktiven sozialen Teilhabe einschließt.

420. Die Verhältnisprävention zielt auf die Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen als Rahmenbedingungen der Gesundheitserhaltung und Krankheitsentstehung. Dabei veränderten sich im Zeitablauf mit den Lebensverhältnissen und dem Morbiditäts- und Mortalitätsgeschehen auch die Schwerpunkte der Prävention. Im ausgehenden 19. bis in das 20. Jahrhundert hinein standen die Kontrolle von Infektionskrankheiten und in diesem Zusammenhang u. a. die Wohn- und Ernährungsverhältnisse sowie die öffentliche Hygiene im Mittelpunkt von primärpräventiven Interventionen. Mit der Wahrnehmung von potenziell gesundheitsschädlichen Umweltbelastungen gewannen im Verlauf des 20. Jahrhunderts umweltpolitische Aspekte an Bedeutung. Andere relevante Politikfelder sind der Verbraucherschutz und die Agrarwirtschaft. Zur Verhältnisprävention sind zahlreiche Maßnahmen des ‚Gesundheitsschutzes' zu rechnen, u. a. in den Bereichen:

- gesundheitlicher Verbraucherschutz (Trinkwasserschutz; Sicherheit von Produkten, u. a. von Lebens- und Arzneimitteln),
- Infektionsschutz, z. B. Meldepflicht für Infektionskrankheiten,
- umweltbezogener Gesundheitsschutz (Immissionsschutz, Strahlenschutz, Anlagensicherheit),
- Arbeitsschutz in Betrieben,
- Verkehrssicherheit,
- Sicherheitspolitik (Prävention von ‚Bioterrorismus').

Bei den Regelungen mit präventivem Gehalt im deutschen Verwaltungsrecht überwiegt der Anteil der Verhältnisprävention. Die Verhältnisprävention ist daher im Prinzip eine etablierte Interventionsform. Viele Regelungen, Interventionen und Initiativen mit Bedeutung für die Primärprävention bewegen sich allerdings außerhalb des traditionellen Aufgabenspektrums der (expliziten) Gesundheitspolitik bzw. der explizit gesundheitsbezogenen Präventionspolitik, zumindest soweit diese in den Verantwortungsbereich von Gesundheits- und Sozialministerien fällt.

421. Entstehung und Verlauf verschiedener chronischer Krankheiten, die das Morbiditäts- und Mortalitätsgeschehen heute weitgehend dominieren, werden maßgeblich durch individuelle Verhaltens- und Konsummuster beeinflusst. Aus diesem Grund fokussieren präventive Interventionen häufig auf Verhaltensweisen (Verhaltensprävention), wobei sich diese Interventionen z. T. in Informations- und Edukationsmaßnahmen erschöpfen. Dieser Art der Prävention fehlt daher oft der Bezug zu den Entstehungsbedingungen von Verhaltens- bzw. Konsummustern. Die Effektivität zielgruppen- und kontextunabhängiger und auf Risikoinformation bzw. ‚Gesundheitserziehung' reduzierter Interventionen ist gering.

422. Während eine ‚reine' Verhältnisprävention idealtypisch keine lebensstilbezogenen Entscheidungen voraussetzt, weist eine ‚reine' Verhaltensprävention als entgegengesetztes Extrem keinen Bezug zu den Kontext-, Rahmen- und Entstehungsbedingungen von Verhaltensweisen und Lebensstilen auf. Als richtungsweisend erscheinen vor allem Zwischenformen jenseits dieser Extreme. Derartige Zwischenformen lassen sich als ‚kontextorientierte Verhaltensprävention' bezeichnen. Sie können in umfassenden ‚Mehr-Ebenen'-Präventionskampagnen zu einzelnen Gesundheitsproblemen (z. B. Anti-Tabak-Kampagne), vor allem aber im Rahmen des ‚Setting-Ansatzes' umgesetzt werden. Da Präventionskampagnen eine sehr unterschiedliche Komplexität aufweisen und der Setting-Ansatz ebenfalls unterschiedlich interpretiert wird, lassen sich primärpräventive Interventionen im Hinblick auf ihren Kontextbezug wie folgt ordnen:

- ‚Reine' Verhaltensprävention ohne expliziten Kontextbezug (z. B. Informationen zu Gesundheitsproblemen, kontextunabhängige Medienkampagnen, Beratungs-, Informations- und Trainingsangebote in Kursen und Gruppen in Einrichtungen der Krankenkassen)
- Kontextorientierte Verhaltensprävention
  a) Verhaltensprävention mit einem expliziten Kontextbezug, z. B. Interventionen für präzise definierte Zielgruppen unter Verwendung von Konzepten und Instrumenten des *social marketing* unter Beachtung der Rahmenbedingungen des Verhaltens sowie Nutzung eines Settings als Zugangsweg für definierte Zielgruppen (‚Gesundheitsförderung im Setting')
  b) Integration von Verhältnis- und Verhaltensprävention, z. B. im Rahmen von ‚Mehr-Ebenen'-Kampagnen zu einzelnen Gesundheitsproblemen wie Rauchen oder Bewegungsmangel, vor allem in der Gestaltung von verhaltens- und lebensstilprägenden Settings (‚gesundheitsfördernde Settings')

– ‚Reine' Verhältnisprävention ohne die Notwendigkeit individueller Entscheidungen über Verhaltens- und Konsummuster (z. B. durch Normierung im Verbraucher- und Immissionsschutz).

423. Ein expliziter Kontextbezug stellt sicher, dass das jeweilige Lebensumfeld und damit die Rahmenbedingungen des Verhaltens in die Planung und Durchführung von Interventionen eingehen. Das Ziel ist es, auf diese Weise gesundheitsdienliche Verhaltensentscheidungen und eine Habitualisierung dieser Verhaltensmuster zu erleichtern und die Nachhaltigkeit von Interventionen zu gewährleisten.

424. Bis heute gilt die Ottawa-Charta der WHO als ein Grundsatzdokument moderner Gesundheitspolitik. Eine an der Ottawa-Charta orientierte Politik entfaltet auf mehreren Handlungsfeldern Aktivitäten:

– Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, die sich nicht auf das klassische Gesundheitsressort (Krankenversicherung und -versorgung, öffentlicher Gesundheitsdienst) beschränkt, sondern andere Lebensbereiche und Politikfelder berücksichtigt,

– Entwicklung gesundheitsfördernder ‚Lebenswelten' (Settings),

– Neuorientierung der Gesundheitsdienste, z. B. Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Alten- und Pflegeheime (Zielgruppen: Mitarbeiter und Nutzer), und

– Entwicklung und Stärkung gesundheitsrelevanter Ressourcen in der Bevölkerung und/oder in bestimmten Zielgruppen.

425. In der wissenschaftlichen Literatur werden zahlreiche für den Erhalt bzw. für die Stärkung der Gesundheit relevante, einer quantitativen Erfassung aber unterschiedlich gut zugängliche Gesundheitsressourcen erwähnt. Dabei lassen sich personale, soziale und materielle Ressourcen unterscheiden. Zu den personalen Ressourcen zählen generelle ‚Lebenskompetenzen' (*life skills*) und Bildung. Dazu gehören die formale Ausbildung, die berufsbezogene Bildung und Erfahrung sowie die generelle Persönlichkeitsbildung bzw. das gesamte Repertoire an Strategien zur Lebensgestaltung und zur Bewältigung von widrigen Umständen und Krisen. Soziale Ressourcen ergeben sich aus der Struktur und Qualität sozialer Beziehungen und Netzwerke. Sie umfassen die psychosoziale Unterstützung in einer Partnerschaft bzw. Familie, am Arbeitsplatz und im Rahmen anderer sozialer Netzwerke, aber auch Aspekte gesellschaftsweiter sozialer Kohäsion. Materielle Ressourcen wie Erwerbseinkommen, privates Vermögen und finanzielle Planungssicherheit vermehren die individuellen Optionen einer gesundheitsdienlichen Lebensgestaltung.

426. Primärprävention umfasst sowohl die Senkung von Belastungen als auch die Stärkung von Ressourcen, um individuen- und populationsbezogen das Risiko einer Erkrankung (bzw. eines Unfalls) und die Inzidenzrate zu senken. Eine unterschiedliche Ausstattung mit personalen, sozialen und materiellen Ressourcen, Unterschiede in der Belastung durch Verhaltens- und Konsummuster, Lebens- und Arbeitsbedingungen führen zu Unterschieden in den Gesundheitschancen und im Krankheitsrisiko. Umgekehrt können Interventionen und Entwicklungen auf den verschiedenen Politikfeldern danach bewertet werden, inwiefern sie die Bilanz von Belastungen bzw. Expositionen einerseits und gesundheitsrelevanten Ressourcen andererseits für die Bevölkerung insgesamt sowie für abgrenzbare Bevölkerungsgruppen über verschiedene Zeithorizonte hin beeinflussen.

427. Für Prävention und Gesundheitsförderung werden in Deutschland unterschiedliche Terminologien verwendet. Ein Grund zur Aufrechterhaltung einer Unterscheidung zwischen Gesundheitsförderung und Prävention kann darin gesehen werden, dass andernfalls der Ansatz der Ressourcenstärkung aus dem Blick geraten könnte.

Verteilung von Gesundheitschancen

428. Zusammenhänge zwischen dem sozioökonomischen Status, gemessen mit Hilfe der Indikatoren Bildung, Beruf und Einkommen, und dem Gesundheitsstatus sind empirisch nachweisbar und für die Primärprävention relevant. Sie wurden bisher aber nicht befriedigend erklärt. Theoretische Erklärungsmuster für die Entstehung sozialschichtspezifischer Unterschiede und für ihre Entwicklung im Zeitverlauf, welche die relative Bedeutung einzelner Einflussfaktoren aufzeigen und die Planung von Interventionen unterstützen, liegen nicht vor bzw. erscheinen als empirisch noch nicht hinreichend gesichert.

429. Aus der Bandbreite der Einflussfaktoren auf den Gesundheitsstatus ergibt sich eine Vielzahl an möglichen Konstellationen aus Belastungsfaktoren und Ressourcenausstattungen. Für die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten ist dabei nicht nur das Verhältnis von Belastungen und Ressourcen zu einem bestimmten Zeitpunkt, sondern vor allem seine Entwicklung im Zeitverlauf von Bedeutung. Die Bilanz von Ressourcen und Belastungsfaktoren variiert aber nicht nur zwischen Individuen mit ihren unterschiedlichen Voraussetzungen und Lebensstilen, sondern weist zugleich auch mit sozioökonomischen Statusdifferenzen assoziierte Verteilungsmuster auf. Angehörige statusniedrigerer sozialer Schichten sind tendenziell mehr Belastungen (z. B. in der Arbeitswelt und aus dem Wohnumfeld) ausgesetzt, weisen überproportional häufig der Gesundheit abträgliche Verhaltensweisen auf und verfügen zugleich über weniger Ressourcen bzw. Bewältigungsstrategien als Angehörige statushöherer Sozialschichten. Vor diesem Hintergrund erscheint eine Reduktion des Problems ‚sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen' auf einzelne kausale Ursachen als inadäquat. Realitätsnäher ist die Annahme einer Vielzahl möglicher Wirkungskanäle, die erst in ihrem Zusammenspiel zu der empirisch nachweisbaren Ungleichverteilung von Gesundheitschancen führen.

430. Wesentliche Einflussfaktoren von sozioökonomischen Statusunterschieden liegen außerhalb des Einflussbereiches der (expliziten) Gesundheitspolitik. So sieht

eine Expertise des Institute of Medicine in den USA die größten Errungenschaften in der Vergangenheit und das größte Potenzial zur Verringerung von Unterschieden im Gesundheitsstatus sowie für die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung insgesamt in der Verbesserung des sozioökonomischen Status der benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Diese Analyse führt zu der Schlussfolgerung, dass dem wirtschaftlichen Wachstum und einer günstigen Entwicklung des Arbeitsmarktes, die eine Verbesserung der sozioökonomischen Situation dieser Gruppen ermöglichen, auch aus der Perspektive der Primärprävention eine hohe Bedeutung zukommen.

431. Zwischen der Primärprävention und der Wirtschafts-, Sozial- und Bildungspolitik bestehen inhaltliche Verbindungen. Der Zusammenhang zwischen dem Gesundheitsstatus und der Arbeitslosigkeit lässt die gegenwärtige Arbeitslosigkeit, vor allem die Langzeitarbeitslosigkeit, nicht nur als eines der größten ungelösten wirtschafts- und sozialpolitischen Probleme, sondern zugleich auch als ein vorrangiges Public Health-Problem erscheinen.

432. Bei der Erarbeitung umsetzbarer primärpräventiver Strategien und der Planung von Interventionen müssen Unterschiede in der sozialen Lage berücksichtigt werden. Eine realistische Umsetzungsstrategie des § 20 SGB V wird sich auf Interventionen zu Gunsten gesundheitlich benachteiligter Gruppen konzentrieren müssen. Als Kriterien zur Bildung von Clustern für eine Interventionsplanung kommen u. a. folgende Merkmale in Betracht:

- Personen mit niedrigem Einkommen und ihre Familienangehörigen und in diesem Kontext vor allem Kinder und Jugendliche als primäre Zielgruppe nationaler Strategien zur Primärprävention,
- Personen mit niedriger Schulbildung und geringen Chancen auf dem Arbeitsmarkt,
- andere überdurchschnittlich belastete Personengruppen wie z. B. Alleinerziehende, kinderreiche Familien, Langzeitarbeitslose, Behinderte, Obdachlose etc.

Dabei ist jeweils zu entscheiden, ob im weiteren Sinne sozialpolitische Interventionen oder unmittelbar gesundheitsbezogene Maßnahmen bzw. Angebote von Einrichtungen des Gesundheitswesens zielführend sind.

433. Über präventive Interventionen zugunsten von Zielgruppen mit einer vergleichsweise ungünstigen Ressourcen-Belastungs-Bilanz hinaus wird auch grundsätzlich eine öffentliche Unterstützung sozial und gesundheitlich benachteiligter Teile der Bevölkerung notwendig sein. Eine weitere Aufgabe der Politik besteht darin, den Präventionsgedanken auch außerhalb des Gesundheitssystems und der ‚expliziten Gesundheitspolitik', d. h. noch auf anderen politischen Handlungsfeldern zu verankern (‚implizite Gesundheitspolitik'). Problematisch sind in diesem Zusammenhang vor allem die eng limitierten und z. T. noch zurückgehenden Handlungsspielräume in den öffentlichen Haushalten, die gesundheits- und sozialpolitische Initiativen erschweren, und das Ausbleiben von durchgreifenden Erfolgen auf den wirtschaftspolitischen Handlungsfeldern der Arbeitsmarkt-, Struktur- und Wachstumspolitik.

434. Soweit sich Interventionen allein im Bereich der ‚expliziten' Gesundheits- bzw. Präventionspolitik bewegen, kommen vornehmlich in Betracht:

- Appelle zur Änderung von gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen durch zielgruppenorientierte Public Relations-Konzepte und s*ocial marketing*, vor allem aber umfassende ‚Mehr-Ebenen'-Präventionskampagnen zu ausgewählten Themen wie Tabakkonsum, Alkoholabusus, Bewegung und Ernährung, und
- Interventionen nach dem Setting-Ansatz vor allem in Schulen bzw. generell Bildungseinrichtungen, in privaten und öffentlichen Betrieben und Verwaltungen sowie in den Kommunen, insbesondere an ‚sozialen Brennpunkten' in Städten und Gemeinden.

Zur Verminderung sozial bedingter Unterschiede von Gesundheitschancen eignet sich der Setting-Ansatz. Er vereint die Vorteile eines vergleichsweise einfach zu organisierenden und weitgehend diskriminierungsfreien Zugangs zu unterschiedlichen Zielgruppen mit der Möglichkeit der Integration von verhältnis- und verhaltenspräventiven Elementen und der Stärkung bzw. Vermehrung von gesundheitsrelevanten Ressourcen. Settings können gezielt, z. B. in Stadtteilen mit einem hohen Anteil sozial benachteiligter Einwohner, für Interventionen ausgewählt werden. Von besonderer Relevanz sind dabei die Settings Schule, Betrieb bzw. Verwaltung, Stadtteil bzw. ‚Quartier' sowie Freizeiteinrichtungen.

Gesundheitspsychologische Modelle und Bestimmungsfaktoren des Gesundheitsverhaltens

435. Gesundheits- bzw. sozialpsychologische Modelle des Verhaltens und der Verhaltensmodifikation (vor allem Modell der gesundheitlichen Überzeugungen, Theorie des rationalen Handelns, Salutogenese, Modell der Stadien der Veränderung) unterscheiden sich in ihrem Fokus und in den Grenzen ihrer Aussagekraft. Sie setzen sich aus einer limitierten Auswahl an Variablen zusammen und bilden nicht sämtliche Einflussfaktoren auf das gesundheitsrelevante Verhalten ab. So fällt der Einfluss unterschiedlicher Lebenslagen auf das Verhalten mitunter aus der Betrachtung heraus. Die Modelle sind zwar prinzipiell für weitere Einflussfaktoren z. B. soziostruktureller bzw. sozioökonomischer Art offen, beziehen diese aber oft nicht explizit bzw. in ihrer Komplexität ein, obwohl zwischen risikoerhöhenden Verhaltensmustern und sozioökonomischen Einflussfaktoren ein empirischer Zusammenhang besteht.

436. Unter den gesundheitspsychologischen Theorien und Modellen nimmt das Salutogenese-Modell aufgrund seines umfassenden Ansatzes eine besondere Stellung ein. Im Zentrum steht die Vorstellung, dass individuelle Überzeugungen und Werte dazu beitragen, belastende Lebensereignisse wie Krankheit einordnen und bewältigen zu können. Diese Fähigkeit wird als gesundheitsbildende Ressource verstanden. Das Modell ist mittlerweile empirisch besser fundiert, was die Empfehlung rechtfertigt,

seine gesundheitsfördernde Potenz und Eignung für Interventionen durch weitere Forschung genauer zu ermitteln. Ferner sollte der Begriff der Salutogenese präziser als z. T. üblich verwendet werden.

437. Für die Präventionspolitik ergibt sich aus der Bedeutung von Kontextfaktoren und Ressourcen die Schlussfolgerung, dass komplexe Ansätze wie der Setting-Ansatz, der eine Verbindung von spezifischen Interventionen zu bestimmten Belastungsfaktoren mit unspezifischen Interventionen ermöglicht, konzeptionell engeren Ansätzen häufig überlegen sind.

Gesundheitskommunikation, soziales Marketing und Präventionskampagnen

438. ‚Massenmedien' informieren über Produkte und Dienstleistungen, deren Konsum den Gesundheitszustand von Konsumenten potenziell beeinflusst. Neben produktbezogenen Informationen, die z. T. werblichen Zwecken dienen, vermitteln Massenmedien Lebensbilder und Rollenmodelle. Daher sollte vermehrt nach Möglichkeiten gesucht werden, in Kooperation mit Kommunikationsexperten und der Film- bzw. Unterhaltungsindustrie Kommunikationsstrategien zu entwickeln, die für bestimmte Zielgruppen attraktive Lebensstile, Rollen- oder Konsummodelle mit aus primärpräventiver Perspektive sinnvollen Verhaltensmustern verbinden.

439. Instrumente der Öffentlichkeitsarbeit haben in der Vergangenheit zum Erfolg von Präventionsmaßnahmen beigetragen (z. B. Impfkampagnen, Jodprophylaxe). Primärpräventive Interventionen sollten Public Relations-Instrumente allerdings im Rahmen eines Gesamtkonzepts z. B. für eine ‚Mehr-Ebenen'-Kampagne einsetzen und sich nicht allein auf die Vermittlung gesundheitsbezogener Informationen beschränken.

440. Seit den 1950er Jahren wurden Instrumente des kommerziellen Marketing auch für nicht-kommerzielle Zwecke eingesetzt (*social marketing*). Die zum Instrumentarium des kommerziellen Marketing zählenden Handlungsfelder *product*, *price*, *promotion* und *place* nehmen bei einer Nutzung für primärpräventive Zwecke aber eine eigene, vom kommerziellen Marketing z. T. abweichende Bedeutung an.

441. Ein zentraler Bestandteil des sozialen Marketing ist eine sorgfältige Zielgruppenbestimmung. Sie erscheint schon deshalb notwendig, weil die gesundheitsrelevanten Belastungen und -ressourcen zwischen sozialen Schichten und Bevölkerungsgruppen differieren. In diesem Zusammenhang gilt es, Einflussfaktoren wie kulturelle Prägungen bei Einwanderern aus einem anderen Kulturkreis (‚Migrationshintergrund'), *‚gender'*-Aspekte, unterschiedliche Lebensphasen und weitere die Lebenslage prägende Faktoren zu berücksichtigen.

442. Unter Kampagnen werden in der Praxis der Prävention oft lediglich Informations-, Aufklärungs- und Motivationsaktivitäten verstanden, die auf eine Kommunikation von gesundheitsrelevanten Informationen und auf die Bildung gesundheitsdienlicher Intentionen zielen. Umfassende ‚Mehr-Ebenen-Kampagnen' nutzen zwar die Möglichkeiten der Gesundheitskommunikation bzw. des *social marketing*, bedienen sich aber darüber hinaus noch weiterer Instrumente, um einen Kontextbezug herzustellen. Sie setzen demzufolge auf unterschiedlichen Wissens- und Interventionsebenen an:

- individuelle verhaltensbezogene Belastungsfaktoren und Ressourcen (Verhaltensprävention u. a. durch gesundheitsbezogene Kommunikation, soziales Marketing, Bildungsangebote),
- Interventionen nach dem Setting-Ansatz (Gestaltung von ‚Lebenswelten'), z. B.:
  - Setting Stadt und Gemeinde (Interventionen im Lebens- bzw. Wohnumfeld, Entwicklung von Stadtteilen und Quartieren, Abstimmung von Gesundheits- und Sozialpolitik auf kommunaler Ebene),
  - Setting Betrieb und Verwaltung (Arbeitsschutz, betriebliche Gesundheitsförderung bzw. betriebliches Gesundheitsmanagement),
  - Setting Kindergarten, Kindertagesstätte, Schule und ggf. Hochschule (Interventionen in Bildungseinrichtungen),
  - Setting Krankenhaus, Alten- und Pflegeheim (Interventionen in Gesundheits- und Sozialeinrichtungen) sowie
- sozioökonomische Rahmenbedingungen (vor allem Wirtschafts-, Arbeitsmarkt-, Sozial-, Bildungs-, Verbraucher- und Umweltpolitik).

‚Mehr-Ebenen-Kampagnen' zielen darauf ab, der Vielzahl der Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit dadurch Rechnung zu tragen, dass sie Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen miteinander kombinieren und auf diese Weise Synergieeffekte ermöglichen.

443. In Deutschland wurden bisher wenige Präventionskampagnen durchgeführt, u. a. eine erfolgreiche Kampagne zum Sicherheitsgurt in den sechziger Jahren, die ‚Trimm Dich'-Kampagne seit den siebziger Jahren und die HIV/AIDS-Kampagne seit den achtziger Jahren mit Erfolgen vor allem in zentralen Zielgruppen. Über diese Kampagnen hinaus wurden Informations- und Motivationskampagnen ohne expliziten Zielgruppen- und Kontextbezug initiiert, die zwar vergleichsweise einfach zu organisieren sind, deren Effektivität aber zweifelhaft ist.

Betriebliche Gesundheitspolitik

444. In der betrieblichen Gesundheitspolitik lassen sich zwei Perspektiven der Prävention unterscheiden. Die eine fokussiert auf einzelne Gesundheitsprobleme wie Arbeits- und Wegeunfälle, Bewegungsdefizite, Alkohol oder Tabakkonsum. Präventive Interventionen in der Arbeitswelt können populationsbezogene Kampagnen zu diesen Problemen ergänzen bzw. im Rahmen derartiger Kampagnen intensiviert werden. Die andere zielt auf systemische Interventionen, die sich am betrieblichen Kontext, den konkreten Bedarfslagen im einzelnen Betrieb und/oder am Leitbild einer ‚gesunden Organisation' orientieren. Unabhängig von der gewählten Perspektive

ergibt sich die Bedeutung der Arbeitswelt als Handlungsfeld der Präventionspolitik bereits aus der Größe der Zielgruppe (erwerbstätige Bevölkerung).

445. In den kommenden Jahren und Jahrzehnten ist eine Verschiebung der Altersverteilung der Belegschaften von Betrieben zu erwarten. Dazu tragen die Veränderung der Altersverteilung der Bevölkerung, u. U. aber auch Knappheiten auf dem Arbeitsmarkt bei qualifizierten Arbeitskräften und eine Erhöhung des Renteneintrittsalters bei. Daher steht das betriebliche Gesundheitsmanagement vor der Aufgabe, die Krankheitslast bzw. die Zahl der aufgrund von Arbeitsunfähigkeit ausgefallenen Arbeitstage (AU-Tage) der Beschäftigten zu reduzieren und generell ihre Einsatzbereitschaft und Produktivität langfristig zu erhalten und zu erhöhen. Ein steigender Stellenwert der Primärprävention im Betrieb bedeutet, dass das betriebliche Gesundheitsmanagement ein integraler Bestandteil der Personalpolitik werden sollte.

446. Ein klassisches Gebiet betriebsbezogener Gesundheitspolitik ist der Arbeitsschutz, für den innerhalb der Sozialversicherung vor allem die gesetzliche Unfallversicherung bzw. deren Träger (Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand) zuständig sind. Die Aufgabe der Primärprävention ist in keinem anderen Zweig der Sozialversicherung ähnlich lange gesetzlich verankert.

Der Arbeitsschutz wurde in erster Linie durch rechtliche und naturwissenschaftlich-technische Perspektiven geprägt. Er führte zu einer Fülle an Sicherheitsvorschriften. In einer Erweiterung des Präventionsauftrags wurde der GUV 1996 neben der Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten auch die Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren übertragen.

447. Einen völlig anderen Ausgangspunkt als der Arbeitschutz nahm die Entwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Anliegen, Begriffe und Strategien der Gesundheitsförderung wurden wesentlich durch Initiativen und Publikationen der WHO, vor allem die Ottawa-Charta, geprägt. Die WHO war auch an der Entwicklung des Setting-Ansatzes beteiligt. Das Setting ‚Betrieb' wurde wie das Setting ‚Krankenhaus', ‚Schule' und ‚Stadt' in vielen Ländern zum Ziel von Aktivitäten der Gesundheitsförderung. Die betriebliche Gesundheitsförderung bildet inzwischen auch ein etabliertes Handlungsfeld der Krankenkassen. Ihr Potenzial wird allerdings noch nicht ausgeschöpft, so dass eine breitere Nutzung dieses Präventionsansatzes zu fordern ist. Erfahrungen und Erfolge aus dem ‚Setting Betrieb' sollten überdies für Interventionen in nichtbetrieblichen Settings genutzt werden.

448. § 20 SGB Abs. 2 SGB V ermöglicht es den Krankenkassen, den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchzuführen. Anreize für eine Krankenkasse, Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchzuführen, bestehen insofern, als ein reduzierter Krankenstand die Ausgaben für Behandlung und Krankengeld senkt und erfolgreiche Interventionen das Image der Krankenkasse im Betrieb verbessern. Um Arbeitgebern einen zusätzlichen Anreiz zur betrieblichen Gesundheitsförderung zu setzen, können Krankenkassen Bonusmodelle auf der Basis von § 65a Abs. 3 SGB V in ihre Satzung aufnehmen. Dabei erhalten sowohl der Arbeitgeber als auch die an der jeweiligen Maßnahme teilnehmenden Versicherten einen Bonus. Derartige Bonus-Modelle lassen sich damit begründen, dass arbeitsbedingte Krankheiten auch zu Lasten der GKV gehen. Gesundheitsbezogene Kosten, die ihren Ursprung in der Arbeitswelt haben, werden von Betrieben teilweise externalisiert. Umgekehrt wird die GKV durch eine effektive betriebliche Primärprävention entlastet.

449. Interventionen im betrieblichen Gesundheitsmanagement weisen eine große Breite an Zielen, Konzepten und Instrumenten auf und bewegen sich zwischen den Polen des klassischen, z. T. rechtlich erzwungenen, relativ klar strukturierten Arbeitsschutzes und systemischen Interventionen der Organisationsentwicklung. Diese integrieren gesundheitsbezogene Ziele neben anderen Zielen (z. B. Qualitätszielen) in das Leitbild und in Management- und Führungssysteme.

450. Auf spezifische Gesundheitsprobleme wie z. B. Rauchen und Alkoholmissbrauch zielende Maßnahmen lassen sich im Vergleich zu Interventionen der Organisationsentwicklung unaufwändig organisieren. Weiterhin können sie an bevölkerungsbezogene Präventionskampagnen anknüpfen. Interventionen zu Einzelproblemen werden allerdings der Intention des Setting-Ansatzes noch nicht gerecht. Sie ersetzen vor allem kein schlüssiges Gesamtkonzept für das Gesundheitsmanagement in einem Unternehmen oder in einer öffentlichen Verwaltung.

Kommunale Gesundheits- und Sozialpolitik

451. Städte und Gemeinden prägen mit ihrer Politik die Wohn- und Arbeitsumgebung und generell die Lebensbedingungen der gesamten Bevölkerung. Viele Lebensbereiche mit prinzipieller Bedeutung für die Primärprävention werden durch kommunalpolitische Entscheidungsprozesse mitgestaltet. Zum Einflussbereich der Kommunalpolitik zählen u. a. die wirtschaftliche Entwicklung der Stadt bzw. Region und damit Arbeits-, Einkommens- und Karriereperspektiven, die Umwelt- und Verkehrsbelastung, die soziale Infrastruktur, Bildungseinrichtungen und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Einige Ansatzpunkte zur Erhaltung bzw. Verbesserung der ‚öffentlichen Gesundheit' (Public Health) waren bereits Ende des 19. Jahrhunderts als Handlungsfeld der Kommunalpolitik etabliert.

452. Die kommunale Gesundheitspolitik verfügt über ihre prinzipielle Verantwortung für eine ‚implizite Gesundheitspolitik' hinaus über verschiedene Ansatzpunkte, um die Primärprävention gezielt zu stärken:

– Explizite Berücksichtigung von Gesundheitsthemen in allen Lebensbereichen bzw. Feldern der Kommunalpolitik, u. a. in der Sport- und Bildungspolitik (z. B. Kindertagesstätten, Volkshochschulen),

– Kooperation im Netzwerk ‚gesunder Städte',

– primärpräventive Interventionen im Setting bzw. Gestaltung ‚gesundheitsfördernder Settings' unterhalb der Ebene ‚Stadt und Gemeinde',

– Stadtteilentwicklung, z. B. durch ein ‚Quartiersmanagement',

– Integration von Gesundheits- und Sozialpolitik sowie der diesbezüglichen Berichterstattung,

– Angebote des öffentlichen Gesundheitsdienstes, z. B. schulärztlicher Dienst, Diagnostik und Beratung bei Infektionskrankheiten, Impfungen, sowie

– krankheitsbezogene Konzepte, z. B. zu Herz-Kreislauf-Krankheiten.

453. Eine Aufgabe der Präventionspolitik besteht in der intersektoralen und mehrere staatliche Handlungsebenen übergreifenden Zusammenarbeit. So haben z. B. für die Prävention der Gesundheitsprobleme Übergewicht und Adipositas neben der Ernährungspolitik die Sport- und Verkehrspolitik des Bundes, der Länder und Kommunen eine Bedeutung. Die Prävention möglicher Gesundheitsfolgen von Armut z. B. bei Kindern und Jugendlichen setzt ebenfalls eine Vernetzung von Initiativen und Akteuren etwa in der Bildungs-, Sozial- und Gesundheitspolitik voraus.

454. Für eine Orientierung der Kommunalpolitik am Ziel der ‚gesunden Stadt' bieten sich neben der Berücksichtigung von ‚Gesundheit' als Querschnittsthema in allen kommunalpolitischen Bereichen vor allem Konzepte an, die auf eine Gestaltung von Settings unterhalb der Handlungsebene der gesamten Stadt setzen. Dabei handelt es sich z. B. um die öffentliche Verwaltung, private Betriebe, Schulen und sonstige Bildungseinrichtungen, Krankenhäuser, Senioren- und Pflegeheime.

455. Aktivitäten im Setting sollten mit anderen präventiven Angeboten und Programmen abgestimmt werden. So können Schulen den Schulsport durch die Kooperation mit Sportvereinen stärken, um auch auf diese Weise ein attraktives Angebot zu erstellen und Kinder bzw. Jugendliche für sportliche Aktivitäten und einen aktiven Lebensstil zu gewinnen. Für Erwachsene können entsprechende Angebote u. a. im Rahmen der betrieblichen Gesundheitspolitik konzipiert werden. Eine Vernetzung kommunaler Aktivitäten mit bevölkerungsbezogenen Kampagnen bietet höhere Erfolgsaussichten.

Evaluation und Qualitätssicherung

456. Für primärpräventive Interventionen, die aus Beitragsmitteln der GKV finanziert werden, gilt ebenso wie für kurative und rehabilitative Leistungen das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V). Prinzipiell ist ein Nachweis der Effektivität und Effizienz entsprechender Angebote und Initiativen zu fordern. Ein Qualitätskriterium ist dabei die Nachhaltigkeit von Interventionen.

Soweit die GKV primärpräventive Interventionen auf der Basis von § 20 SGB V durchführt, muss die verfügbare Evidenz in die Interventionsplanung eingehen. Darüber hinaus sollten Krankenkassen auch komplexe und schwierig evaluierbare Interventionen selbst bei fehlendem Wirksamkeitsnachweis fördern, wenn

– für analoge Interventionen ein Wirksamkeitsnachweis vorliegt,

– die Wirksamkeit plausibel erscheint und

– eine professionelle Qualitätssicherung der Intervention gewährleistet ist,

ohne dabei prinzipiell auf einen Wirksamkeitsnachweis zu verzichten. Zur Erfahrungs- und Wissensakkumulation ist eine sorgfältige Dokumentation von Interventionen und Ergebnissen erforderlich. Um die Transparenz der aus Beitragsmitteln finanzierten Aktivitäten zu erhöhen, sollten Dokumentationen zeitnah in das Internet eingestellt werden.

457. Als Ausgangspunkt einer Systematisierung der Qualitätssicherung primärpräventiver Interventionen kann der *Public Health Action Cycle* (‚Lernzyklus') mit den Stufen ‚Problemdefinition', ‚Strategieformulierung', ‚Implementierung und Durchführung' sowie ‚Evaluation' dienen.

Die einzelnen Phasen dieses Zyklus lassen sich nicht immer trennscharf voneinander abgrenzen. Zu Überlappungen kommt es z. B. dann, wenn die mit der Evaluation beauftragten Experten in einer ‚entwicklungsorientierten' Evaluation bereits die Strategieformulierung und/oder Implementierung beeinflussen.

458. Es besteht kein Mangel an geeigneten Konzepten und Instrumenten zur Qualitätssicherung. Engpässe existieren eher in der Bereitschaft und Motivation der Akteure, diese Instrumente an die Bedingungen der jeweiligen Intervention anzupassen, u. U. auch in der Verfügbarkeit von Ressourcen. Eine ausreichende Motivation der Akteure zur Qualitätssicherung setzt voraus, dass Anforderungen nicht nur von außen an die Träger der Intervention herangetragen werden. Sie sollten vielmehr deren Anliegen und Problemwahrnehmung reflektieren und von ihnen mitgestaltet werden. Anderenfalls können Anforderungsprofile dysfunktionale Prozesse wie die lediglich formale Abarbeitung von Prüfkriterien provozieren und sogar zur Qualitätsminderung führen. Die verfügbaren und noch zu entwickelnde Methoden der partizipativen Qualitätssicherung können dieser Gefahr entgegenwirken.

Ökonomische Anreize in der Primärprävention

459. Anreizstrukturen können die Umsetzung des Präventionsgedankens sowohl unterstützen als auch konterkarieren. Insofern sollten die Auswirkungen bzw. der Einsatz von ökonomischen Anreizstrukturen gerade in diesem Bereich, der nach verbreiteter Einschätzung lange vernachlässigt wurde, überprüft und weiterentwickelt werden. Dieser Denkansatz stimmt mit dem Ziel einer *healthy public policy* überein, welche die Anliegen der Primärprävention in allen Lebensbereichen und Politikfeldern verankert.

460. Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen dem Preis und dem Konsum von Zigaretten führten zu dem Ergebnis, dass eine Erhöhung des Preises den Konsum tendenziell senkt. Die Studienlage spricht dafür, dass insbesondere Jugendliche und Angehörige sozial schwächerer Schichten ihren Zigarettenkonsum in Folge einer Preiserhöhung reduzieren. Eine Erhöhung der Tabaksteuer, die durch eine Preiserhöhung ganz oder anteilig auf die Konsumenten überwälzt wird, dient u. a. als ein Instrument der Primärprävention. Die im September 2005 anstehende weitere Erhöhung der Steuer auf Zigaretten entspricht daher präventiven Zielsetzungen. Die Nutzung des Instruments ‚Tabaksteuer' sollte allerdings im Rahmen einer Anti-Tabak-Kampagne durch komplementäre Maßnahmen, die vor allem auf die Werbung sowie die Distribution von Zigaretten und den Schwarzhandel zielen, ergänzt werden.

461. Das Preisniveau von Alkohol beeinflusst den Pro-Kopf-Verbrauch an Alkoholika und die mit dem Alkoholkonsum verbundenen Gesundheitsfolgen. Daher erscheint die Schlussfolgerung möglich, dass die Besteuerung alkoholischer Getränke zur Reduktion des Alkoholkonsums beiträgt und sich Alkoholsteuern positiv auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung auswirken.

Im Zuge von weiteren Überlegungen zur Besteuerung alkoholhaltiger Produkte sollte geprüft werden, ob die z. Zt. uneinheitliche Besteuerung des Alkoholkonsums durch eine einheitliche Alkoholsteuer substituiert werden kann. Ihre Bemessung könnte sich unabhängig von der Art des Produkts ausschließlich an der absoluten Alkoholmenge je verkaufter Einheit (Flasche, Packung) orientieren. Auf diese Weise würden bisher nicht besteuerte Produkte wie Wein in die Besteuerung einbezogen und Anreize für Ausweichreaktionen bei der Kreation von Mischgetränken verringert. Die Abschaffung mehrerer Verbrauchssteuern auf Alkohol leistet zugleich einen Beitrag zur Vereinfachung des Steuersystems. Allerdings kann eine differenzierte Besteuerung aus einer präventionspolitischen Perspektive auch Vorteile bieten, z. B. wenn relativ hohe Steuersätze zum Rückgang des Konsums in bestimmten Zielgruppen, etwa bei Jugendlichen, führen.

462. Gesetzliche Krankenkassen haben Bonus-Modelle für ein ‚gesundheitsbewusstes Verhalten' auf der Basis von § 65a SGB V konzipiert und umgesetzt. Eine fundierte Bewertung der laufenden Programme setzt noch zu erstellende Evaluationen voraus. Nach geltender Rechtslage müssen Aufwendungen für Boni mittelfristig aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden. Krankenkassen haben gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde regelmäßig, mindestens aber alle drei Jahre, Rechenschaft über die Einsparungen abzulegen. Zukünftige Überlegungen zum Einsatz von Boni, die der Rat auch in früheren Gutachten befürwortet hat, sollten an den in einigen Jahren vorliegenden Erfahrungswerten und Evaluationsergebnissen anknüpfen.

463. Ein gemeinsames Vorgehen von Krankenkassen auch unterschiedlicher Kassenarten erleichtert in vielen Fällen die Durchführung von Setting-Projekten. Den Krankenkassen stehen noch relativ wenige Wettbewerbsparameter zur Verfügung. Insofern besteht ein Anreiz, primärpräventive Interventionen in erster Linie unter dem Gesichtspunkt der Öffentlichkeitswirkung zu bewerten, in der Regie einzelner Krankenkassen durchzuführen und primär auf die Zielgruppe ‚guter Risiken' im Sinne eines für die Krankenkasse günstigen Verhältnisses von Einnahmen und Ausgaben zu fokussieren. Dies kann zur Bevorzugung von Settings führen, die sich nicht zum Erreichen des Ziels einer Verminderung sozial bedingter Unterschiede von Gesundheitschancen eignen.

Anreize für Anbieter im Gesundheitssystem

464. Krankenhäuser bilden Zentren von regionalen Versorgungssystemen und nehmen für das Gesundheitswesen bedeutende Funktionen wahr, u. a. in der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten und anderen Gesundheitsberufen. Aus diesem Grund und um das Gesundheitsmanagement in diesen vergleichsweise komplexen Betrieben weiter zu verbessern, sollte die Primärprävention nach dem Setting-Ansatz insbesondere auch in Krankenhäusern gestärkt werden.

Anreize zur Gesundheitsförderung im Krankenhaus lassen sich u. a. durch eine Berücksichtigung gesundheitsfördernder Aktivitäten in Pflegesatzvereinbarungen zwischen den Krankenhausträgern und Verbänden der Krankenkassen setzen. Ein mögliches Problem besteht aber in der Zuweisung von Kompetenz und Verantwortung zu unterschiedlichen Entscheidungsträgern bei den Krankenkassen – für betriebliche Gesundheitsförderung zum einen und für Krankenhausversorgung und Pflegesatzverhandlungen zum anderen.

465. Defizite in der Primärprävention bestehen auch im Impfverhalten. Neben Informations- und Motivationsdefiziten wurde eine zu geringe Honorierung der Impfleistung als ein möglicher Grund genannt, obwohl Impfleistungen z. T. extrabudgetär vergütet werden. Daher sollten neben der Bereitstellung von Informationen auch zusätzliche bzw. andere finanzielle Anreize erwogen werden, um bessere Durchimpfungsraten zu erzielen.

Prädiktive genetische Diagnostik

466. Die Verfügbarkeit von Tests in der modernen prädiktiven Gendiagnostik wird voraussichtlich durch die DNA-Chip-Technologie erhöht, die es erlaubt, zahlreiche Tests in automatisierten Arbeitsschritten durchzuführen. Gentests können unter diesen Umständen bei einer ausreichenden Zahl an Untersuchungen auch bei geringer Vergütung durch gesetzliche Krankenkassen bzw. private Versicherungsunternehmen angeboten werden. Bei einer derartigen Entwicklung können sich noch nicht befriedigend gelöste ethische und rechtliche Probleme der Qualitätssicherung in Gendiagnostik und humangenetischer Beratung ggf. weiter verschärfen.

467. Für Arbeitsmedizin und Arbeitsschutz sind vor allem multifaktorielle Krankheitsprozesse von Bedeutung, für deren Abklärung es noch keine Gentests gibt. Vorbehalte gegenüber präventiven Gentests in der Arbeitsmedizin und im Arbeitsschutz sind durch das grundsätzliche

Risiko einer Diskriminierung sowie insbesondere durch die Möglichkeit begründet, dass Maßnahmen des Arbeitsschutzes durch eine Auswahl bestimmter Arbeitnehmer mit ‚geeigneter' genetischer Disposition substituiert werden. Regelungsbedarf kann im Hinblick auf das Fragerecht des Arbeitgebers, Mitteilungspflichten des Arbeitnehmers, den Einsatz von Gentests in Einstellungsuntersuchungen und den Umgang mit personenbezogenen Daten entstehen.

468. Obwohl eine verbesserte Kenntnis der genetischen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit im Prinzip neue Chancen der Prävention und Kuration eröffnen kann, sind der praktischen Nutzung der prädiktiven genetischen Diagnostik für die primäre Prävention doch auf mehrfache Weise Grenzen gesetzt:

– Zahlreiche Krankheiten sind multifaktoriell verursacht. Den Lebens- und Arbeitsbedingungen, den jeweiligen Belastungsfaktoren und Ressourcen kommt eine hohe Bedeutung für die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten zu. Insofern erscheint es zielführend, die genetische Konstitution als ein Element der Bilanz von Belastungen und Ressourcen zu verstehen, welche die Gesundheitschancen bestimmt. Die Konstellation von Ressourcen und Belastungen lässt sich durch unterschiedliche primärpräventive Interventionen sowie durch sozial- und wirtschaftspolitische Initiativen und Entwicklungen beeinflussen.

– Selbst wenn genetische Tests im Zusammenhang mit weiteren Einflussvariablen Wahrscheinlichkeitsaussagen ermöglichen, stehen vielfach keine geeigneten bzw. keine anderen als die bereits bekannten Interventionen zur Verfügung.

– Die Verwendung der genetischen Diagnostik kann nicht allein aus der Perspektive der Präventionspolitik bewertet werden. Sie berührt auch andere Aspekte der Gesundheits- und Sozialpolitik, z. B. ordnungspolitische Voraussetzungen der Krankenversicherung (Kontraktionszwang, Prämiengestaltung), und weitere Lebensbereiche und Politikfelder.

Primärprävention als gesellschaftliche Chance und Aufgabe

469. ‚Gesundheit' ist ein gesellschaftliches Leitthema mit zunehmender politischer und wirtschaftlicher Bedeutung. Die Entwicklung einer zeitgemäßen und nachhaltigen Primärprävention zur Stärkung und zum Erhalt von ‚Gesundheit', ohne dass sekundär- bzw. tertiärpräventive oder kurative Interventionen notwendig werden, ist eine zentrale Entwicklungsaufgabe der gesamten Gesellschaft.

470. Gesundheitswissenschaftliche Forschung und Praxis haben in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten deutliche Fortschritte gemacht. Dies gilt sowohl im Hinblick auf die Erklärung von Wirkungsketten zwischen der sozialen Umwelt, Lebensstilen, gesundheitsrelevantem Verhalten und Erkrankung als auch bei der Entwicklung von Interventionen zum Belastungsabbau bzw. zur Ressourcenstärkung. Nach wie vor besteht aber Forschungsbedarf zur Entstehung und zum Abbau von Gesundheitsrisiken. Die Wissenslücken sind umso größer, je mehr es um Einflüsse und Interventionen geht, die weniger das einzelne Individuum als vielmehr soziale Umwelten und ihre Bedeutung für die Prävention betreffen.

Insoweit sich Prävention auf die Minderung der Eintrittswahrscheinlichkeit bestimmter Krankheiten bezieht, fußt Präventionsforschung vor allem auf medizinischen bzw. epidemiologischen Erkenntnissen. Die Konzeption, Erprobung und Qualitätssicherung von Interventionen erfordert aber sozialwissenschaftliche Kompetenz und zumeist auch interdisziplinäre Zusammenarbeit. Weil das Fach Gesundheitswissenschaften/Public Health erst seit den neunziger Jahren wieder an deutschen Universitäten verankert wurde, besteht noch ein erheblicher Bedarf an Wissens- und Erfahrungstransfers aus anderen Ländern.

471. Trotz der Wissens- und Forschungslücken ist festzustellen, dass die Praxis der Prävention hinter dem verfügbaren Wissen zurückbleibt. Dies zeigt sich in der Verwendung von Methoden und Instrumenten der Risikoinformation und -aufklärung, deren geringe Wirksamkeit bekannt ist, und in dem noch zu seltenen Einsatz kontextbezogener Ansätze, die – etwa im Rahmen eines Settings – auf die Wechselbeziehungen zwischen Lebensbedingungen und gesundheitsrelevanten Einstellungen bzw. Verhaltensweisen abstellen und die sich der Unterstützung der Zielgruppen durch deren aktive Einbeziehung versichern.

472. Nachhaltige Primärprävention setzt voraus, dass die Akteure in der Politik, in den zuständigen Ministerien, in der Sozialversicherung und vor allem in den Interventionsbereichen (z. B. öffentliche Verwaltungen, private Unternehmen, Bildungseinrichtungen wie Schulen und andere Lebensbereiche) erkennen, dass Gesundheitschancen und Erkrankungswahrscheinlichkeiten von zahllosen Entscheidungen abhängen, mit denen sie für sich und andere die Voraussetzungen für bzw. die Möglichkeit von Gesundheit beeinflussen. Eine Aufgabe der Gesundheitspolitik besteht darin, durch Kooperation und Kommunikation die Voraussetzungen dafür zu verbessern, dass gesundheitsrelevante Entscheidungen in den verschiedenen Lebensbereichen und auf allen Ebenen verantwortungsbewusst getroffen werden.

4.10 Literatur

Abel, T., Kolip, P. und Wydler, H. (2002): Sense of coherence und Salutogenese. Ein Essay zur Kritik und Weiterentwicklung einer aktuellen Perspektive in der Gesundheitsforschung, in: Wydler, H., Kolip, P. und Abel, T. (Hrsg.): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts, Weinheim. S. 197–202.

Adler, N.E. (2003): Do We Know What We Need To Know to Improve Health and Reduce Disparities? Am J Prev Med, Bd. 24, S. 10–11.

Allin, S., Mossialos, E., McKee, M.and Holland, W. (2004): Making decisions on public health: a review of eight countries. WHO Regional Office for Europe/European Observatory on Health Systems and Policies. http://www.euro.who.int/observatory (8.11.2004).

Altgeld, Th. (2003): Gesundheitsfördernde Settingansätze in benachteiligten städtischen Quartieren. Expertise für die Regiestelle des E & C-Programmes.

Andersen, H. und Schwarze, J. (1999): Der Versicherten-Report. Methodische und inhaltliche Aspekte einer standardisierten Versichertenbefragung. Berliner Zentrum Public Health 99-2, Berlin.

Anderson, L.M., Fielding, J.E., Fullilove, M.T., Scrimshaw, S.C., Carande-Kulis, V.G. and the Task Force on Community Preventive Services (2003a): Methods for Conducting Systematic Reviews of the Evidence of Effectiveness and Economic Efficiency of Interventions to Promote Healthy Social Environments. Am J Prev Med, Bd. 24, S. 25–31.

Anderson, L.M., Scrimshaw, S.C., Fullilove, M.T., Fielding, J.E., and the Task Force on Community Preventive Services (2003b): The Community Guide's Model for Linking the Social Environment to Health. Am J Prev Med, Bd. 24, S. 12–20.

Anson, O., Carmel, S., Levenson, A., Bonneh, D. and Maoz, B. (1993): Coping with recent life events: The interplay of personal and collective resources. International Journal of Behavioral Medicine 18, S. 159–166.

Antonovsky, A. (1987): Unraveling the mystery of health. How people manage stress and get well. San Francisco.

Antonovsky, A. (1993) Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: Franke, A. und Broda, M. (Hrsg.) Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept. Tübingen. S. 3-14.

Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen.

AOK-Bundesverband (2004): Wirtschaftlicher Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung aus Sicht der Unternehmen. Dokumentation einer Befragung, Bonn.

AOK-Institut für Gesundheitsconsulting, Bundesarbeitsgemeinschaft für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit (Basi) e. V., Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. (2004): Bonus- und Anreizsysteme im Betrieblichen Gesundheitsmanagement, Hannover.

Arbeitskreis Jodmangel (2004): Jodmangel in Deutschland 1984–2004. Ausgangslage – Maßnahmen – Jodversorgungslage heute – Aktionsplan zur Optimierung der Jodversorgung, Groß-Gerau/München.

Bär, G., Buhtz, M. und Gerth, H. (2004): Der Stadtteil als Ort für Gesundheitsförderung. Erfahrungen und Befunde aus stadtteilbezogenen Projekten. In: Rosenbrock, R. and Bellwinkel, M., Schröer, A. (Hrsg.): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zm BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle", Bremerhaven.

Babor, Th., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J., Gruenewald, P., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Österberg, E., Rehm, J., Room, R., Rossow, I. (2003): Alcohol: No Ordinary Commodity, New York.

Badura, B. (2003): Überblick: Warum haben Bevölkerungsgruppen unterschiedlichen Zugang zur Gesundheitsversorgung und sind unterschiedlich von Krankheitsrisiken und Krankheiten betroffen? In: Schwartz, F.W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J. und Walter, U. (Hrsg.): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen, München und Jena.

Badura, B. und Hehlmann, Th. (2003): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation, Berlin u. Heidelberg.

Badura, B., Schellschmidt, H. und Vetter, Ch. (2005): Fehlzeiten-Report 2004. Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, Berlin u. Heidelberg.

Bandura, A. (1977): Self-Efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, Bd. 84, S. 191–215.

Baric, L. u. Conrad, G. (2000): Gesundheitsförderung in Settings. Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit zur praktischen Anwendung des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung, Gamburg.

Bauer, U. (2004): Prävention und soziale Ungleichheit. Eine theoretische und empirische Studie zu den Anforderungen zielgruppenspezifischer Gesundheitsförderung am Beispiel schulischer Life-Skills-Konzeptionen. Dissertation an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld.

Beck, U. (1986): Risikogesellschaft, Frankfurt /Main.

Becker, P., Bös, K., Opper, E., Woll, A. und Wustmann, A. (1996): Vergleich von Hochgesunden, Normal- und Mindergesunden in gesundheitsrelevanten Variablen (GRV). Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 4, S. 55–76.

Bellwinkel, M., Bieniek, S., Bindzius, F., Bödeker, W., Ochsmann, A. (2002): Ermittlung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren in Kooperationsprojekten von Unfall- und Krankenversicherung. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung in Deutschland. Stand und Perspektiven, Berlin.

Bengel, J. und Wölflick, D. (1991): Das Health Belief Model als Planungshilfe für präventive Maßnahmen? Z Präventivmed Gesundheitsförd, Bd. 3, S. 103–110.

Bengel, J., Strittmatter, R. und Willmann, H. (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Köln.

Berg, J.E. and Brevik, J.I. (1998): Complaints that predict drop-out from a detoxification and counselling unit. Addictive Behaviors 23, S. 35–40.

Berkman, L.F. and Clark, C. (2003): Neighborhoods and Networks: The Construction of Safe Places and Bridges. In: Kawachi, I. and Berkman, L.F. (Hrsg.): Neigborhoods and Health, Oxford/New York.

Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung (2004): Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Vorschläge der Expertenkommission, Gütersloh.

Beske, F. und Ralfs, D. (2003): Die aktive Schutzimpfung in Deutschland. Stand – Defizite – Möglichkeiten. Institut für Gesundheits-System-Forschung, Schriftenreihe Bd. 98, Kiel.

BKK Bundesverband (2004): Gesundheit und Arbeitswelt. BKK Gesundheitsreport 2003,
Essen.

BKK Bundesverband (2005): Die Betriebsverpflegung als Handlungsfeld der betrieblichen Gesundheitsförderung. http://www.bkk.de/bkk/powerslave,id,333,nodeid,333.html (2.1.2005).

Blair, A., Hildbrand, D., Sorbello, U., Stalder, U., Weber, U. und Zuber, N. (2004): Pflegende Angehörige: Bestärken, ermutigen, entlasten. Krankenpflege, Heft 3, S. 20–22.

Blair, S.N. and Church, T.S. (2004): The Fitness, Obesity and Health Equation. Is Physical Activity the Common Denominator? JAMA, Bd. 292, S. 1232–1234.

Bogenhardt, S. (2004): Aktive Gesundheitsförderung in Gesunden Städten. Public Health Forum, Bd. 12, Heft 42, S. 4–5.

Böning, H. (2000): Die Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung und die medizinische Volksaufklärung des 18. und 19. Jahrhunderts. In: Jazbinsek, D. (Hrsg.): Gesundheitskommunikation, Wiesbaden.

Bös, K. und Woll, A. (1994): Das Saluto-Genese-Modell. Theoretische Überlegungen und erste empirische Ergebnisse. In: Alfermann, D. und Scheid, V. (Hrsg.): Psychologische Aspekte von Sport und Bewegung in Prävention und Rehabilitation. Köln, S. 29-38.

Brechtel, Th. (2004): Elektronische Gesundheitsinformationen, oder: Wofür nutzen Versicherte das Internet? In: Bertelsmann Stiftung: Gesundheitsmonitor Newsletter September 2004. http://www.stiftung.bertelsmann.de/de/4194€6741.jsp.

Breyer, F., Zweifel, P.S. und Kifmann, M. (2003): Gesundheitsökonomie, Berlin/Heidelberg.

Buck, H., Kistler, E., und Mendius, H.G. (2002): Demographischer Wandel in der Arbeitswelt. Chancen für eine innovative Arbeitsgestaltung, Stuttgart.

Bullinger, M. (2000): Der SF-36 Health Survey als krankheitsübergreifendes Profilinstrument. In: Schöffski, O. u. v. d. Schulenburg, J.M. (Hrsg.): Gesundheitsökonomische Evaluationen, Berlin/Heidelberg/New York.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation BAR (2004): Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation vom 22. Januar 2004. http://www.vdak.de/bar€ konzept.htm (29.09.2004).

Bundesärztekammer (2003): Richtlinien zur prädiktiven genetischen Diagnostik. Deutsches Ärzteblatt, Bd. 100, Heft 19, A-1297–1305.

Bundesgesundheitsblatt (o. Autorenangabe; 2000): Surveillance übertragbarer Krankheiten in der Perspektive des Infektionsschutzgesetzes. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Bd. 11, S. 836–838.

Bundesministerium der Finanzen (2002): Vereinbarkeit von Lenkungsbesteuerung mit der Tragfähigkeit der Finanzpolitik. Monatsbericht 4.2002.

Bundesministerium der Finanzen (2003): Steuern von A bis Z. Ausgabe 2003, Berlin.

Bundesministerium der Finanzen (2004): Ergebnis der 124. Sitzung des Arbeitskreises Steuerschätzungen.http://www.bundesfinanzministerium.de/Steuern/Ergebnis-der-Steuerschaetzung-.460.27437/Artikel/index.htm (7.1.2005).

Bundesministerium der Finanzen (2005): Die geschichtliche Entwicklung der Weinbesteuerung. http://www.zoll-d.de/b0€zoll€und€steuern/b0€verbrauch-steuern/i0€schaumwein/j0wein/c0€weinbesteuerung (7.1.2005).

Bundesverband der Unfallkassen (2004): Berufskrankheiten im öffentlichen Dienst. http://www.unfallkassen.de/webcom/show€article-1.php?wc€c=608&wc€id=16&wc€p=1 (10.12.2004).

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2003a): Das Ernährungsverhalten Jugendlicher im Kontext ihrer Lebensstile. Eine empirische Studie, Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2003b): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung, Schwabenheim a. d. Selz.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2003c): Suchtprävention im Kinder- und Jugendsport. Theoretische Einordnung und Evaluation der Qualifizierungsinitiative „Kinder stark machen“, Köln.

Bunton, R. (2002): Health promotion as social policy. In: Bunton, R. und MacDonald, G. (Hrsg.): Health Promotion. Disciplines, diversity and developments, London and New York.

Callahan, L.F. and Pincus, T. (1995): The Sense of Coherence Scale in Patients with rheumatoid arthritis. Arthritis Care and Research 8, S. 28–35.

Campbell, D.M. (2004): HIA and fears of toxicity. In: Kemm, J. u. Parry, J. (Hrsg.): Health Impact Assessment, Oxford and. New York.

Caplan, G. und Grunebaum, H. (1977): Perspektiven primärer Prävention. In: Sommer, G. u. Ernst, H. (Hrsg.): Gemeindepsychologie, München.

CDC (1998): Preventing Emerging Infectious Diseases: A Strategy for the 21st Century, Atlanta.

Chaloupka, F.J. and Warner, K.E. (2000): The Economics of Smoking,. in Culyer, A.J and Newhouse, J.P. (Eds.): Handbook of Health Economics, Bd. 1B, Amsterdam.

Chamberlain, K., Petrie, K. and Azariah, R. (1992): The role of optimism and sense of coherence in predicting recovery following surgery. Psychology and Health 7, S. 301–310.

Clemens, W. (2004): Die Arbeitswelt von morgen: Eine „Altenwelt“? Sozialer Fortschritt, Bd. 53, Heft 11-12, S. 280–285.

Cook, P.J. and. Moore, M.-J. (2000): Alcohol, in: Culyer, A.J. and Newhouse, J.P. (Eds.): Handbook of Health Economics, Bd. 1B, Amsterdam.

Cook, P.J. u. Moore, M.-J. (2002): The Economics of Alcohol Abuse and Alcohol-Control Policies. Health Affairs, Bd. 21, S. 120–133.

Curtice, L., Springett, J., Kennedy, A. (2001): Evaluation in urban settings: the challenge of Healthy Cities. In: Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., McQueen, D.V., Potvin, L., Springett, J., Ziglio, E. (Hrsg.): Evaluation in health promotion. Principles and perspectives. WHO Regional Publications, European Series, No. 92, Kopenhagen.

Cutler, D.M. (2002): Behavioral Health Interventions: What Works and Why? http:// post. economics.harvard.edu/faculty/dcutler/dcutler€cv.html (27.11.2003).

Cutler, D.M., Glaeser, E.L., Shapiro, J.M. (2003): Why Have Americans Become More Obese? NBER Working Paper No. w9446, www.nber.org/papers/w9446 (13.3.2003).

Dangoor, N. u. Florian, V. (1994): Women with chronic physical disabilities: Correlates of their long-term psychosocial adaptation. International Journal of Rehabilitation, Vol. 17, S. 159–168.

Deutsche Adipositas-Gesellschaft, Deutsche Diabetes-Gesellschaft und Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2003): Evidenzbasierte Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas. http://www.dge.de/Pages/navigation/fach€infos/wissenschaft.html.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2003): Jahrbuch Sucht 2004, Geesthacht.

Deutscher Bundestag (2003): Bericht der Bundesregierung über den Stand von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit und über das Unfall- und Berufskrankheitengeschehen in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 2002. Drucksache 15/2300.

Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg (2002): Gesundheit fördern – Tabakkonsum verringern: Handlungsempfehlungen für eine wirksame Tabakkontrollpolitik in Deutschland. Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle (Sonderband), Heidelberg.

Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg (2004): Rauchen und soziale Ungleichheit – Konsequenzen für die Tabakkontrollpolitik. www.tabakkontrolle.de (6.8.2004).

Deuverden, v., K. (2004): Die Erhöhung der Tabaksteuer zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Institut für Wirtschaftsforschung Halle, Diskussionspapiere Nr. 187.

DFG (2003): Deutsche Forschungsgemeinschaft: Prädiktive genetische Diagnostik. Wissenschaftliche Grundlagen, praktische Umsetzung und soziale Implementierung. Stellungnahme der Senatskommission für Grundsatzfragen der Genforschung. www.dfg.de (23.12.2004).

Diez-Roux, A.V. (2003): The Examination of Neighborhood Effects on Health: Conceptual and Methodological Issues Related to the Presence of Multiple Levels of Organization. In: Kawachi, I. u. Berkman, L.F. (Hrsg.): Neigborhoods and Health, Oxford u. New York.

Difu: (Deutsches Institut für Urbanistik im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr-, Bau- und Wohnungswesen) (2003): Strategien für die Soziale Stadt. Erfahrungen und Perspektiven – Umsetzung des Bund-Länder-Programms „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die soziale Stadt“. Bericht der Programmbegleitung, Berlin.

DiNardo, J. u. Lemieux, T. (2001): Alcohol, marijuana, and American youth: the unintended consequences of government regulation. Journal of Health Economics, Bd. 20, S. 991–1010.

Doubrawa, R. (1995): Gesundheitsförderung im sozialen Kontext. Report Psychologie Heft 20, S. 14–23.

Drogenbeauftragte der Bundesregierung und Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg (2004): Wirtschaftliche und gesundheitliche Aspekte des Tabakrauchens in Deutschland. www.tabakkontrolle.de (6.8.2004).

Drummond, M.F., O’Brien, B., Stoddart, G.L. and Torrance, G.W. (1997): Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes, Oxford.

Duetz, M., Abel, T., Siegenthaler, F. und Niemann, S. (2002): Zur Operationalisierung des Gesundheitsbegriffes in empirischen Studien zum Kohärenzgefühl, in: Wydler, H., Kolip, P. und Abel, T. (Hrsg.): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. Weinheim, S. 85–98.

Elkeles, Th. (2003): Arbeitende und Arbeitslose. In: Schwartz, F.W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J., Walter, U. (Hrsg.): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen, München/Jena.

Elkeles, Th. und Kirschner, W. (2003): Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Interventionen durch Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement – Befunde und Strategien. Gutachten für den BKK-Bundesverband. Ergebnisbericht.

Faltermaier, T. (2002): Die Salutogenese als Forschungsprogramm und Praxisperspektive. Anmerkungen zu Stand, Problemen und Entwicklungschancen. In: Wydler, H., Kolip, P. und Abel, T. (Hrsg.): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. Weinheim, S. 185 196.

Fastabend, K. und. Schneider, E. (2004): Das Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin.

Fehr, R., Mekel, O. and Welteke, R. (2004): HIA: The German Perspective, in: Kemm, J. and Parry, J. (Eds.): Health Impact Assessment, Oxford/New York.

Feldt, T. and Rasku, A. (1998): The structure of Antonosky`s Orientation of Life Questionnaire. Personality and Individual Differences Vol. 25, S. 505–516.

Feldt, T., Leskinen, E., Kinnunen, U. and Mauno, S. (2000): Longitudinal factor analysis models in the assessment of the stability of sence of coherence. Personality and Individual Differences Vol. 28, S. 239–257.

Fleck, F. (2003): US and Germany give late support to WHO tobacco accord. BMJ, Heft 326, S. 1103.

Forum für Gesundheitspolitik (2004): Bonusprogramme für Prävention. Januar/Februar 2004, Berlin.

Franke, A. (1997): Zum Stand der konzeptionellen und empirischen Entwicklung des Salutogenesekonzepts, in: Antonovsky, A. (Hrsg.): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen, S. 5–17.

Freimuth, V., Cole, G. and Kirby, S.D. (2001): Issues in evaluating mass-media health communication campaigns. In: Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., McQueen, D.V., Potvin, L., Springett, J. and Ziglio, E. (Eds..): Evaluation in health promotion. Principles and perspectives. WHO Regional Publications, European Series, No. 92, Kopenhagen.

Freire, P. (1980): Pedagogy of the Oppressed, Harmondworth.

Frenz, A.W., Carey, M.P. and Jorgensen, R.S. (1993): Psychometric evaluation of Antonovsky`s Sense of Coherence Scale. Psychological Assessment 5, S. 145–153.

Frey, B.S. und Benz, M. (2001): Ökonomie und Psychologie: eine Übersicht. Institute for Empirical Research in Economics, University of Zurich, Working Paper No. 92.

Fries, J.F. (1980): Aging, natural death, and the compression of morbidity. New England Journal of Medicine, Bd. 303, S. 130–135.

Fries, J.F. (1983): The compression of morbidity. Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society, Bd. 61, Nr. 3, S. 397–419.

Fries, J.F. (2003): Measuring and Monitoring Success in Compressing Morbidity. Ann Intern Vol. 139:455–459.

Fuchs, V.R. (2004): Reflections on the socio-economic correlates of health. Journal of Health Economics, Bd. 23, S. 653–661.

G+G Gesundheit und Gesellschaft (2003): Schwerer Start ins Leben. Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Ursachen, Prävention, Forschungsbedarf. Spezial 11/ 2003.

Gana, K. and Garnier, S. (2001): Latent structure of the sence of coherence scale in a French sample. Personality and Individual Differences Vol. 31, S. 1079–1090.

Garrett, L. (1994): The coming plague, New York.

Gärtner, R. (2004): Konsequenzen aus der verbesserten Jodversorgung in Deutschland, in: Dietlein, M. und Schicha, H. (Hrsg.): Schilddrüse 2003. Zufallsbefund Schilddrüsenknoten. Henning-Symposium, 16. Konferenz über die menschliche Schilddrüse, Berlin.

Gausche, R. und Keller, E. (2004): Fettsucht bei Kindern, in: Deutsches Kinderhilfswerk e. V. (Hrsg.): Kinderreport Deutschland 2004, München.

Geene, R. und Kilian, H. (2004): Die Praxis der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Gutachten im Auftrag des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, unter Mitarbeit von T. Philippi u. D. Walter, Berlin.

Geißler, H., Bökenheide, T., Geißler-Gruber, B., Rinninsland, G. und Schlünkes, H. (2003): Der Anerkennende Erfahrungsaustausch. Das neue Instrument für die Führung. Von der Fehlzeitenverwaltung zum Produktivitätsmanagement, Frankfurt.

Gensch, R.W. (2002): Daten der betrieblichen Ebene in der Gesundheitsberichterstattung, in: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung in Deutschland. Stand und Perspektiven, Berlin.

Geyer, S. (2002): Antonosky`s sense of coherence – ein gut geprüftes und empirisch bestätigtes Konzept? In: Wydler, H., Kolip, P. und Abel, T. (Hrsg.): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts, Weinheim. S. 71–84.

Geyer, S. and Peter, R. (2000): Income, occupational position, qualification, and health inequalities – competing risks? J Epidemiol Community Health, Bd. 54, S. 299–305.

Gilmore, A, Nolte, E., McKee, M, and Collin, J. (2002): Continuing Influence of tobacco industry in Germany/ Caspers-Merk, M.: Reply from the Drug Commissioner of the German Federal Government. Lancet, Bd. 360, S. 1255–1256.

Gilmore, A. and Nolte, E. (2002): Germany: tobacco industry makes further inroads. Tobacco Control, Bd. 11, S. 291–293.

Glaeske, G., Francke, R., Kirschner, K., Kolip, P, und Mühlenbruch, S. (2003): Prävention und Gesundheitsförderung stärken und ausbauen. Friedrich Ebert Stiftung, Bonn.

Göbel, E., Kuhn, J., Metz, A.-M., und Ziese, Th. (2002): Einleitung. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung in Deutschland. Stand und Perspektiven, Berlin.

Goldstein, M. S. (1992): The Health Movement. Promoting Fitness in America, New York

Graf, C., Koch, B., Dordel, S. (2003): Prävention von Adipositas durch körperliche Aktivität – eine familiäre Aufgabe. Deutsches Ärzteblatt, Bd. 100, A.3110–3114.

Graham, H. (2004): Tackling Inequalities in Health in England: Remedying Health Disadvantages, Narrowing Health Gaps or Reducing Health Gradients? in: Journal of Social Policy, 33, 1, 115–131.

Graham, H. and Power, C. (2004): Childhood disadvantage and adult health: a lifecourse framework. NHS Health Development Agency. www.hda-online.org.uk/documents/childhood€ disadvantage.pdf (19.10.2004).

Grobe, Th.G. und Schwartz, F.W. (2003): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Robert Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13, Berlin.

Grossmann, M. (2000): The Human Capital Model, in: Culyer, A.J. and Newhouse, J.P. (Eds.): Handbook Of Health Economics, Bd. 1a, Amsterdam.

Gruber, J. (2002): The Economics of Tobacco Regulation. Health Affairs, Bd. 21, S. 146–162.

Gruber, J. and Kosygi, B. (2002): A Theory of Government Regulation of Addictive Bads: Optimal Tax Levels and Tax Incidence for Cigarette Excise Taxation. NBER Working Paper No. 8777.

Gruenberg, E.M. (1977): The failures of success. Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society, Bd. 55, Nr. 1, S. 3–24.

Hanesch, W. und Krüger-Conrad, K. (Hrsg.) (2004): Lokale Beschäftigung und Ökonomie. Herausforderungen für die „Soziale Stadt“, Wiesbaden.

Hanewinkel, R. und Isensee, B. (2003): Der Zusammenhang zwischen Preis und Konsum von Zigaretten: Eine Analyse vorliegender Studien und Implikationen für die Tabakkontrollpolitik, in: Rumpf, H.-J. u. Hülinghorst, R. (Hrsg.) Alkohol und Nikotin: Frühintervention, Akutbehandlung und politische Maßnahmen, Freiburg.

Hanewinkel, R. und Isensee, B. (2004): Umsetzung, Akzeptanz und Auswirkungen der Tabaksteuererhöhung vom 1. März 2004. Bevölkerungsrepräsentative Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Bericht.

Hannöver, W., Michael, A., Meyer, C., Rumpf, H.J., Hapke, U. und John, U. (2004) Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky und das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose. Psychother Psych Med Heft 54, S. 179–186.

Hehlmann, Th. (2003): Mitarbeitergespräche, in: Badura, B. und Hehlmann, Th. (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation, Berlin/Heidelberg.

Heinze, G. und Reuß, M. (2003): Alkohol-, Medikamenten- und Drogenmissbrauch im Betrieb. Arbeitsschutz – Arbeitsrecht – Prävention – Rehabilitation, Berlin.

Hellenbrand, W. (2003): Neu und vermehrt auftretende Infektionskrankheiten, in: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 18, Berlin.

Helmert, U. und Strube, H. (2004): Die Entwicklung der Adipositas in Deutschland im Zeitraum von 1985 bis 2002. Das Gesundheitswesen, Bd. 66, S. 409–415.

Helmert, U., Bammann, K, Voges, W. und Müller, R. (2000): Zum Stand der Forschung: Soziale Ungleichheit und Gesundheit, in: Helmert, U. (Hrsg.): Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland, Weinheim/München.

Hennen, L., Petermann, T.und Sauter, A. (2001): Das genetische Orakel. Prognosen und Diagnosen durch Gentests – eine aktuelle Bilanz. Studien des Büros für Technikfolgenabschätzung beim Deutschen Bundestag, Berlin.

Heyman, J. and Fischer, A. (2003): Neighborhoods, Health Research, and its Relevance to Public Policy. In: Kawachi, I. u. Berkman, L.F. (Eds.): Neigborhoods and Health, Oxford/New York.

Hirschfield, A. (2004): The HIA of crime prevention. In: Kemm, J. u. Parry, J. (Hrsg.): Health Impact Assessment, Oxford/New York.

Höfer, R. (2002): Kohärenzgefühl und Identitätsentwicklung. Überlegungen zur Verknüpfung salutogenetischer und identitätstheoretischer Konzepte, in: Wydler, H., Kolip, P. und Abel, T. (Hrsg.): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts, Weinheim. S. 57–70.

Homburg, S. (2003): Allgemeine Steuerlehre, München.

Hood, S.C., Beaudet, M.P. and Catlin, G. (1996): A healthy outlook. Public Health Reports 7, S. 25-32.

House, J.S. and Williams, D.R. (2001): Understanding and Reducing Socioeconomic and Racial/Ethnic Disparities in Health, in: Smedley, B.D. and Syme, S.L. (Eds.): Promoting Health. Intervention Strategies from Social and Behavioral Research. Institute of Medicine, Washington, D. C.

Hu, F.B., Li, T.Y., Colditz, G.A., Willet, W.C., and Manson, J.E.(2003): Television watching and other sedentary behaviours in relation to risk of obesity and type 2 diabetes mellitus in women. JAMA, Bd. 289, S. 1785–1791.

Huck, G. (2004): Krankheit bekämpfen oder Gesundheit aktivieren? Die Bedeutung der Salutogenese für die psychiatrische Pflege. Psych Pflege 10, S. 2–12.

Hurrelmann, K. (2000): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, Weinheim.

Hurrelmann, K. (2004): Gesunde Kinder – Gesunde Lehrer/innen. In: Deutsches Kinderhilfswerk (Hrsg.): Kinderreport Deutschland 2004, München.

Hurrelmann, K. u. Kolip, P. (Hrsg.) (2002): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich, Bern.

Hurrelmann, K. und Leppin, A. (2001): Moderne Gesundheitskommunikation – eine Einführung. In: Hurrelmann, K. und Leppin, A. (Hrsg.): Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zu E-Health, Bern.

Institute of Medicine (2001): Health and Behavior. The Interplay of Biological, Behavioral, and Societal Influences, Washington D. C.

Institute of Medicine (2005): Preventing Childhood Obesity, Washington D. C.

Isensee, B. und Hanewinkel, R. (2004): Evaluation der Tabaksteuererhöhung vom 1. Januar 2003. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz, B. 47, S. 771–779.

Jenker, G. (2004): Stärkung der Lebenskompetenz. Pflegezeitschrift, S. 279–282.

John, J. u. Leidl, R. (2004): Zur Bedeutung von ökonomischen Evaluationen beim Ein- und Ausschluss von Leistungen. Sozialer Fortschritt, Bd. 53, Heft 8-9, S. 219–228.

Johnson, M. (2004): Approaching the salutogenesis of sense of coherence: The role of 'active' self-esteem and coping. British Journal of Health Psychology Vol. 9, S. 419–432.

Kaplan, G.A., Everson, S.A. and Lynch, J.W. (2001): The Contribution of Social and Behavioral Research to an Understanding of the Distribution of Disease: A Multilevel Approach, in: Smedley, B.D. und Syme, S.L. (Eds.): Promoting Health. Intervention Strategies from Social and Behavioral Research. Institute of Medicine, Washington, D. C.

Keller, S. (2002): Transtheoretisches Modell, in: Schwarzer, R., Jerusalem, M. und Weber, H. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch, Göttingen.

Kemm, J. (2004): HIA and the National Alcohol Strategy for England. In: Kemm, J. u. Parry, J. (Eds.): Health Impact Assessment, Oxford/New York.

Kemm, J. and Parry, J. (2004a): What is HIA? Introduction and Overview. In: Kemm, J. u. Parry, J. (Hrsg.): Health Impact Assessment, Oxford/New York.

Kemm, J. and Parry, J. (2004b): The development of HIA. In: Kemm, J. u. Parry, J. (Eds.): Health Impact Assessment, Oxford/New York.

Kemm, J. and Parry, J. (2004c): Future directions for HIA. In: Kemm, J. u. Parry, J. (Eds.): Health Impact Assessment, Oxford/New York.

Kickbusch, I. (1992): Plädoyer für ein neues Denken: Muster – Chaos – Kontext. Neue Handlungsansätze in der Gesundheitsförderung. In: Paulus, P. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung – Perspektiven für die psychosoziale Praxis. Köln, S. 23–33.

Kickbusch, I. (2003): Gesundheitsförderung, in: Schwartz, F.W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J. und Walter, U. (Hrsg.): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen, München/Jena.

Kingsley, G. T. (2003): Housing, Health, and the Neighborhood Context. Am J Prev Med, Bd. 24, S. 6–7.

Kirschner, W., Radoschewski, M. und Kirschner, R. (1995): § 20 SGB V – Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung. Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen. Schriftenreihe Forum Sozial- und Gesundheitspolitik. Beiträge der Sozial- und Gesundheitswissenschaften zu Praxis und Politik, Band 6, St. Augustin.

KKH Kaufmännische Krankenkasse (2004): Weißbuch Prävention. HERZgesund? In Zusammenarbeit mit der MHH Medizinische Hochschule Hannover.

Klick, J. and Stratmann, Th. (2004): Do Spa Visits Improve Health: Evidence from German Micro Data. Florida State Public Law and Legal Theory Research Paper Series, No. 124. http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract€id=589341 (28.9.04).

Kohte, W. und Faber, U. (2003): Finanzielle Anreize für betriebliches Gesundheitsmanagement. Expertise für die Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik" der Bertelsmann Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung.

Kolip, P. (2003): Frauen und Männer, in: Schwartz, F.W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J. und Walter, U. (Hrsg.): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen, München/Jena.

Komlos, J. and Baur, M. (2003): From The Tallest To (One Of) The Fattest: The Enigmatic Fate Of The American Population In The 20th Century. CESifo Working Paper No. 1028.

König, J. (1996): Betriebssport im Wandel der Zeiten. Informationsdienst Wissenschaft, http:// idw-online.de/pages/de/news664 (7.12.2004).

Krämer, W. (1992): Altern und Gesundheitswesen: Probleme und Lösungen aus der Sicht der Gesundheitsökonomie, in: Baltes, P.B. und Mittelstraß, J. (Hrsg.): Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung, Berlin/New York.

Krämer, W. (1997): Hippocrates und Sisyphus – die moderne Medizin als das Opfer ihres eigenen Erfolges, in: Kirch, W. u. Kliemt, H. (Hrsg.): Rationierung im Gesundheitswesen, Berlin/New York.

Krantz, G. and Östergen, P.-O. (2004): Does it Make Sense in a Coherent Way? Determinants of Sense of Coherence in Swedish Women 40 to 50 Years of Age. International Journal of Behavioral Medicine 11, S. 18–26.

Krauth, Ch. und Haverkamp, A. (2004): Was wissen wir über Kosten und Effizienz von Präventionsprogrammen? Public Health Forum, Bd. 12, Heft 45, S. 6–7.

Kreis, J. und Bödeker, W. (2003): Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz. IGA-Report 3. http://www.iga-info.de (4.12.2004).

Kreuter, M.W., Lezin, N.A., Young, L. and Koplan, A.N. (2001): Social capital: evaluation implications for community health promotion, in: Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., McQueen, D.V., Potvin, L., Springett, J., and Ziglio, E. (Hrsg.): Evaluation in health promotion. Principles and perspectives. WHO Regional Publications, European Series, No. 92, Kopenhagen.

Kröhnert, S., v. Olst, N. und Klingholz, R. (2004): Deutschland 2020. Die demografische Zukunft der Nation. http://www.berlin-institut.org/index1.html (30.11.2004).

Kuhn, J. (2002): Die arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung der Länder. In: Robert Koch-Institut u. a. (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung in Deutschland. Stand und Perspektiven, Berlin.

Kuhn D. und Sommer, D. (Hrsg.) (2004): Betriebliche Gesundheitsförderung. Ausgangspunkte – Widerstände – Wirkungen, Wiesbaden.

Kurth, R. (2004): Das Auftreten alter und neuer Seuchen als Konsequenz menschlichen Handelns. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Bd. 7, S. 611–621.

Laaser, U. und Hurrelmann, K. (1998): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, in: Hurrelmann, K. und Laaser, U. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, Weinheim/München.

Laaser, U., Gebhardt, K. u. Kemper, P (2001): Gesundheit und soziale Benachteiligung. Informationssysteme – Bedarfsanalysen – Interventionen, Lage.

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (LÖGD) (2003): Report on Socio-Economic Differences in Health Indicators in Europe. Health inequalities in Europe and the situation of disadvantaged groups, (Hrsg.) Menke, R., Streich, W., Rössler, G. und Brand, H., Bielefeld.

Langius, A. and Björvell, H. (1993): Coping ability and functional status in a Swedish population sample. Scandinavian Journal of Caring Sciences Vol. 7, S. 3–10.

Larsson, G. and Kallenberg, K. O. (1996): Sense of Coherence, socioeconomic conditions and health. European Journal of Public Health Vol. 6, S. 175–180.

Lefebvre, C. (2002): Social marketing and health promotion, in: Bunton, R. and MacDonald, G. (Eds.): Health Promotion. Disciplines, diversity and developments, London/New York.

Lenhardt, U. (2003): Bewertung der Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, Bd. 11, Heft 1, S. 18–37.

Lenhardt, U. (2003): Der Beitrag von Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Entwicklung einer zeitgemäßen betrieblichen Gesundheitspolitik – Probleme und Entwicklungspotenziale. Bericht für die Expertenkommission „Zukunft einer zeitgemäßen betrieblichen Gesundheitspolitik“ im Auftrag der Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, und der Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf.

Lenhardt, U. und Rosenbrock, R. (2004): Prävention und Gesundheitsförderung in Betrieben und Behörden, in: Hurrelmann, K., Klotz, Th., und Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, Bern.

Leventhal, T. and Brooks-Gunn, J. (2003): Moving to Opportunity: an Experimental Study of Neighborhood Effects on Mental Health. American Journal of Public Health, Bd. 93, S. 1576–1582.

Lock, K. and Gabrijelcic-Blenkus, M. (2004): HIA of agricultural and food policies, in: Kemm, J. u. Parry, J. (Eds.): Health Impact Assessment, Oxford/New York.

Luber, E. (2004): Armut und Gesundheit. In: Deutsches Kinderhilfswerk e. V. (Hrsg.): Kinderreport Deutschland 2004, München.

Lundberg, O. (1997): Childhood conditions, Sense of Coherence social class and adult ill health: Exploring their theoretical and empirical relations. Social Science and Medicine 44, S. 821-831.

Lynch, J.W., Kaplan, G.A., and Salonen, J.T. (1997): Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse. Soc Sci Med, Bd. 44, S. 809–819.

MacDonald, G. (2002): Communication theory and health promotion, in: Bunton, R. and MacDonald, G. (Eds.): Health Promotion. Disciplines, diversity and developments, London/New York.

Macinko, J.A. and Starfield, B. (2002): Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980–2001. Int J Equity in Health. http://www.equityhealthj.com/content/1/1/1 (22.9.04).

Macintyre, S. and Ellaway, A. (2003): Neighborhoods and Health: An Overview, in: Kawachi, I. and Berkman, L.F. (Eds.): Neigborhoods and Health, Oxford/New York.

Mackenbach, J.P., Veerman, J.L., Barendregt, J.J.M. and Kunst, A.E. (2004): Health inequalities and HIA. In: Kemm, J. u. Parry, J. (Hrsg.): Health Impact Assessment, Oxford u. New York.

McKeown, Th. (1982): Die Bedeutung der Medizin. Traum, Trugbild oder Nemesis? Frankfurt a.M.

McQueen, D.V. and Anderson, L.M. (2001): What counts as evidence: issues and debates, in: Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., McQueen, D.V., Potvin, L., Springett, J. and Ziglio, E. (Eds.): Evaluation in health promotion. Principles and perspectives. WHO Regional Publications, European Series, No. 92, Kopenhagen.

McSherry, W.C. and Holm, J.E. (1994): Sense of coherence. Its effects on psychological and physiological process prior to, during, and after a stressful situation. Journal of Clinical Psychology 50, S. 476–487.

Meng, W. und Scriba, P.C. (2002): Jodversorgung in Deutschland. Deutsches Ärzteblatt, Bd. 99, A2560–2564.

MDS (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen) (2004): Dokumentation 2002. Leistungen der Primärprävention und der Betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20 Abs. 1 und 2 SGB V. http://www.mds-ev.org/index2.html (2.8.2004).

Metz, A.-M. (2002): Arbeitswissenschaftliche Daten und ihre Funktion in der Gesundheitsberichterstattung. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung in Deutschland. Stand und Perspektiven, Berlin.

Mielck, A. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten, Bern.

Mielck, A. (2002): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Die regionale Konzentration eines gesamtgesellschaftlichen Problems, in: Mielck, A., Abel, M., Heinemann, H. und Stender, K.-P. (Hrsg.): Städte und Gesundheit. Projekte zur Chancengleichheit, Lage.

Mielck, A. (2002): Soziale Ungleichheit und Gesundheit, in: Hurrelmann, K. und Kolip, P. (Hrsg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich, Bern.

Mielck, A. und Bloomfield, K. (2001): Einführung, in: Mielck, A. und Bloomfield, K. (Hrsg.): Sozialepidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten, Weinheim u. München.

Milio, N. und Helsing, E. (Hrsg., 1998): European food and nutrition policies in action. WHO Regional Publications, European Series, No. 73, Kopenhagen.

Milles, D. und Müller, R. (2002): Gewerbemedizinalstatistik in Deutschland. Zur Geschichte der Berichterstattung über die industrielle Pathologie, in: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung in Deutschland. Stand und Perspektiven, Berlin.

Minkler, M. (1997): Community Organizing and Community Building for Health, New Brunswick, New Jersey/London.

Mohr, D. (2002): Die Arbeitsschutzberichte der Länder – neue Ansätze der Arbeitsschutzverwaltung, in: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung in Deutschland. Stand und Perspektiven, Berlin.

Mörath, V. (2005): Die Trimm-Aktionen des Deutschen Sportbundes zur Bewegungs- und Sportförderung in der BRD 1970-1994. Discussion Paper der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin.

Müller, H. (2002): Branchen- und berufsgruppenbezogene Gesundheitsberichterstattung der Gmünder Ersatzkasse GEK. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung in Deutschland. Stand und Perspektiven, Berlin.

Müller, R. (2004): Der deutsche organisierte Betriebssport im Spiegel seiner Zahlen. http:// www.betriebssport.net (7.12.2004).

Müller-Fahrnow, W., Ilchmann, U., Kühner, S., Spyra, K. und Stoll, S. (2002): Sucht-Rehabilitation in Deutschland: Bestandsaufnahme und Perspektiven. Eine Expertise des Lehrstuhls für Versorgungssystemforschung – Humboldt-Universität zu Berlin. DRV-Schriften, Bd. 32. www.vdr.de (5.10.2004).

Murphy, S. and Bennet, P. (2002): Psychology and health promotion, in: Bunton, R. and MacDonald, G. (Hrsg.): Health Promotion. Disciplines, diversity and developments, London/New York.

Murray, C.J.L. (1996): Rethinking DALYs, in: Murray, C.J.L. and Lopez, A.D.: The Global Burden of Disease, Cambridge/Mass.

Murray, C.J.L. and Lopez, A.D. (1996): Alternative Visions Of The Future: Projecting Mortality And Disability 1990-2020. In: Murray, C.J.L. and Lopez, A.D.: The Global Burden of Disease, Cambridge/Mass.

Murray, C.J.L. and Lopez, A.D. (1996): Quantifying the burden of disease and injury attributable to ten major risk factors. In: Murray, C.J.L. and Lopez, A.D.: The Global Burden of Disease, Cambridge/Mass.

Naidoo, J. und Wills, J. (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Gamburg.

Newhouse, J.P. and the Insurance Experiment Group (1993): Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment. Cambridge, Mass.

NFO Infratest Gesundheitsforschung und AOK Bayern (2002): Betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben. Ein Modellprojekt der AOK Bayern, München.

Nilsson, B. Holmgren, L., Stegmayr, B. and Westman, G. (2003): Sense of coherence – stability over time and relation to health, disease, and psychosocial changes in a general population: A longitudinal study. Scandinavian Journal of Public Health Vol. 31, S. 297–304.

Novak, P. (1998): Salutogenese und Pathogenese: Komplementarität und Abgrenzung, in: Margraf, J., Siegrist, J. und Neumer, S. (Hrsg.): Gesundheits- oder Krankheitstheorie ? Saluto- vs. pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen. Berlin, S. 27-29.

Nutbeam, D. und Harris, E. (2001): Theorien und Modelle der Gesundheitsförderung. Eine Einführung für Praktiker zur Veränderung des Gesundheitsverhaltens von Individuen und Gemeinschaften, Gamburg.

Øvretveit, J. (2002): Evaluation gesundheitsbezogener Interventionen, Bern.

Palentien, C. (2003): Kinder und Jugendliche, in: Schwartz, F.W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J. und Walter, U. (Hrsg.): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen, München u. Jena.

Pallant, J.F. and Lae, L. (2002): Sense of Coherence, well-being, coping and personality factors: further evaluation of the sense of coherence scale. Personality and Individual Differences Vol. 33. S. 39–48.

Petticrew, M., Macintyre, S. and Thomson, H. (2004): Evidence and HIA, in: Kemm, J. u. Parry, J. (Hrsg.): Health Impact Assessment, Oxford/New York.

Pfaff, H. und Pühlhofer, F. (2003): Mitarbeiterbefragung, in: Badura, B. und Hehlmann, Th. (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation, Berlin/Heidelberg.

Pfäfflin, M. und Pöld-Krämer, S. (2003): Behinderte, in: Schwartz, F.W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J., Walter, U. (Hrsg.): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen, München/Jena.

Pott, E. (2003): Strategien des sozialen Marketing, in: Schwartz, F.W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J.und Walter, U. (Hrsg.): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen, München/Jena.

RAND (2002): The Health Risks of Obesity. Worse Than Smoking, Drinking, or Poverty. http:// www.rand.org/publications/RB/RB4549/ (19.7.2002).

RAND (2004): Obesity and Disability. The Shape of Things to Come. RAND Research Highlights, www.rand.org (7.4.2004).

Rashad, I. and Grossmann, M. (2004): The Economics of Obesity. The Public Interest, Summer 2004. http://thepublicinterest.com (5.10.2004).

Raudenbush, S.W. (2003): The Quantitative Assessment of Neighborhood Social Environments, in: Kawachi, I. u. Berkman, L.F. (Hrsg.): Neigborhoods and Health, Oxford/New York.

Rena, F., Moshe, S. and Abraham, O. (1996): Couples` adjustment to one partner´s disability: the relationship between sense of coherence and adjustment. Social Science and Medicine, Bd. 43, S. 163–167.

Riekmann, N. (2002): Resilienz, Widerstandsfähigkeit, Hardiness, in: Schwarzer, R., Jerusalem, M. und Weber, H. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch, Göttingen.

Rimann, M. und Udris, I. (1998): „Kohärenzerleben" (Sense of Coherence): Zentraler Bestandteil von Gesundheit und Gesundheitsressourcen? in: Schüffel, W., Brucks, U., Johnen, R., Köllner, V., Lamprecht, F. und Schnyder, U. (Hrsg.): Handbuch der Salutogenese – Konzept und Praxis. Wiesbaden. S. 351–373.

Ritsatakis, A. (2004): HIA at the international policy-making level, in: Kemm, J. and Parry, J. (Hrsg.): Health Impact Assessment, Oxford/New York.

Robert Koch-Institut (2000): Schutzimpfungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 01/00, Berlin.

Robert Koch-Institut (2002a): Kosten alkoholassoziierter Krankheiten. Schätzungen für Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin.

Robert Koch-Institut (2002b): Was essen wir heute? Ernährungsverhalten in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin.

Robert Koch-Institut (2003a): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13, Berlin.

Robert Koch-Institut (2003b): Bundes-Gesundheitssurvey: Alkohol. Konsumverhalten in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin.

Robert Koch-Institut (2003c): Bundes-Gesundheitssurvey: Körperliche Aktivität. Aktive Freizeitgestaltung in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin.

Robert Koch-Institut (2003d): Übergewicht und Adipositas. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 16, Berlin.

Robert Koch-Institut (2004): Selbsthilfe im Gesundheitsbereich. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 23, Berlin.

Rodgers, D.T. (1998): Atlantic Crossings: Social Politics in a Progressive Age, Cambridge, Mass/London.

Room, R., Babor, Th., Rehm, J. (2005): Alcohol and public health. Lancet, Bd. 365, S. 519–30.

Rose, G. (1992): The Strategy of Preventive Medicine, Oxford.

Rose, G. (1997): The Strategy of Preventive Medicine, Oxford.

Rosen, S., Simon, J., Vincent, J.R., MacLeod, W., Fox, M. und Thea, D.M. (2003): AIDS gehört auf die Agenda. Harvard Business Manager, Heft 12, Dezember 2003.

Rosenbrock, R. (1994): Ein Grundriß wirksamer AIDS-Prävention. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften/ Journal of Public Health, Bd. 2, S. 233–244.

Rosenbrock, R. (1995): Public Health als soziale Innovation. Das Gesundheitswesen, Bd. 57, Heft 3, S. 140–44.

Rosenbrock, R. (2002a): AIDS-Prävention – eine gefährdete Innovation. Sozial- und Präventivmedizin, Bd. 47, Nr. 6, S. 357–358.

Rosenbrock, R. (2002b): Krankenkassen und Primärprävention – Anforderungen und Erwartungen an die Qualität, in: Walter, U., Drupp, M. und Schwartz, F.W. (Hrsg.): Prävention durch Krankenkassen. Zielgruppen, Zugangswege, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit, Weinheim/München.

Rosenbrock, R. (2004a): Prävention und Gesundheitsförderung – gesundheitswissenschaftliche Grundlagen für die Politik. Gesundheitswesen, Bd. 66, S. 146–152.

Rosenbrock, R. (2004b): Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen – Problemskizze und ein Politikvorschlag zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 SGB V durch die GKV, in: Rosenbrock, R., Bellwinkel, M. und Schröer, A. (Hrsg.): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zm BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle", Bremerhaven.

Rosenbrock, R. (2004c): Qualitätssicherung und Evidenzbasierung – Herausforderungen und Chancen für die Gesundheitsförderung, in: Luber, E. und Geene, R. (Hrsg.): Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung, Frankfurt am Main.

Rosenbrock, R. (2003): Zusammenarbeit und Leistungen der überbetrieblichen Akteure. Abschlussbericht der Arbeitsgruppe 3 der Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik" der Bertelsmann Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung.

Rosenbrock, R. und Geene, R. (2000): Sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen und Gesundheitspolitik, in: Geene, R. und Gold, C. (Hrsg.): Gesundheit für alle! Wie können arme Menschen von präventiver und kurativer Gesundheitsversorgung erreicht werden? Berlin.

Rosenbrock, R. und Gerlinger, T. (2004): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, Bern.

Rosenbrock, R., Dubois-Arber, F., Moers, M., Pinell, F., Schaeffer, D. and Setbon, M. (2000): The normalization of AIDS in Western European countries. Social Science & Medicine, Bd. 50, S. 1607–1629.

Ross, U. (2002): Die praktische Umsetzung des Salutogenesekonzepters bei chronischem Tinitus als systemische Hörwahrnehmungsstörung, in: Wydler, H., Kolip, P. und Abel, T. (Hrsg.): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts, Weinheim. S. 161–172.

Rotter, J.B. (1966): Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs, Bd. 80, S. 1–28.

Rotter, J.B. (1975): Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. Journal of Consulting and Clinical Psychology Vol. 45, S. 56–67.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Sachstandsbericht 1994, Baden-Baden.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001, Baden-Baden.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Partizipation. Gutachten 2003, Baden-Baden.

Sack, M., Künsebeck, H.-W. und Lamprecht, F. (1997): Kohärenzgefühl und psychosomatischer Behandlungserfolg. Eine empirische Untersuchung zur Salutogenese. Psychotherapie und Psychosomatik 47, S. 149–155.

Saffer, H. and Dave, D. (2003): Alcohol Advertising and Alcohol Consumption by Adolescents. NBER Working Paper No. 9676.

Sammallathi, P.R., Holi, M.J., Komalaien, E.J. and Aalberg, V. A. (1996): Comparing two self-report measures of coping – the Sense of Coherence Scale and the Defense Style Questionnaire. Journal of Clinical Psychology Vol. 52, S. 517–524.

Sampson, R.J. (2003): Neighborhood-Level Context and Health: Lessons from Sociology, in: Kawachi, I. and Berkman, L.F. (Eds.): Neigborhoods and Health, Oxford/New York.

Satcher, D. (1995): Emerging Infections: Getting Ahead of the Curve. Emerging Infectious Diseases, Bd. 1, Nr. 1, S. 1–6.

Schlicht, W. (2002): Theory of Planned Behavior, in: Schwarzer, R., Jerusalem, M. und Weber, H. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch, Göttingen.

Schmidt, U. (2000): Sozialhygienische Filme und Propaganda in der Weimarer Republik. In: Jazbinsek, D. (Hrsg.): Gesundheitskommunikation, Wiesbaden.

Schmidtke, J. (2003): Humangenetik: Sind Gesundheit und Krankheit angeboren? in: Schwartz, F.W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J. und Walter, U. (Hrsg.): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen, München/Jena.

Schneider, C. (2002) Philosophische Überlegungen zu Aaron Antonovskys Konzept der Saluto-genese, in: Wydler, H., Kolip, P. und Abel, T. (Hrsg.) Salutogenese und Kohärenzgefühl. Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts, Weinheim. S. 21–42.

Schöffski, O. (2000): Nutzentheoretische Lebensqualitätsmessung, in: Schöffski, O. und v. d. Schulenburg, J.M. (Hrsg.): Gesundheitsökonomische Evaluationen, Berlin/Heidelberg/New York.

Scholz, U. und Sniehotta, F.F. (2002): Selbstregulation und Gesundheitsverhalten. In: Schwarzer, R., Jerusalem, M. und Weber, H. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch, Göttingen.

Schulz, U. (1999): Grundfragen des berufsgenossenschaftlichen Beitragsausgleichsverfahrens. Bonus-Malus-Systeme der gewerblichen Berufsgenossenschaften, St. Augustin.

Schumacher, J. (2002): Kohärenzgefühl, in: Schwarzer, R., Jerusalem, M. und Weber, H. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch, Göttingen.

Schumacher, J., Gunzelmann, T. und Brähler, E. (2000): Deutsche Normierung der Sense of Coherence Scale von Antonovsky. Diagnostica Bd. 46, S. 208–213.

Schuntermann, M. (2003): Grundsatzpapier der Rentenversicherung zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). www.vdr.de (30.9.2004).

Schwartz, B. and, Rabinovich, N.R. (1999): Stimulating the Development of Orphan (and Other) Vaccines. Emerging Infectious Diseases, Bd. 5, Heft 6. http://www.cdc.gov/ncidod/eid/vol5no6/schwartz.htm (3.12.2003).

Schwarzer, R. (2002): Selbstwirksamkeitserwartung, in: Schwarzer, R., Jerusalem, M. und Weber, H. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch, Göttingen.

Scriba, P.C. und Schwartz, F.W. (2004): Bewegung. Prävention und Gesundheitsförderung – Wege zur Innovation im Gesundheitswesen? Der Internist, Bd. 45, Heft 2, S. 157-165.

Seewald, O. (2002): Expertise Präventionsregelungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Unter Mitarbeit von Leube, K. Endbericht.

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Berlin (2004): Sozialstrukturatlas Berlin 2003, Berlin.

Siegrist, J. (2003): Gesundheitsverhalten – psychosoziale Aspekte, in: Schwartz, F.W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J. und Walter, U. (Hrsg.): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen, München/Jena.

Siegrist, J. (2004): Social Variations in Health Expectancy in Europe. An ESF Scientific Programme 1999-2003. Final Programme Report written under the responsibility of the Scientific Programme Director Johannes Siegrist. http://www.uni-duesseldorf.de/health (11.8.2004).

Siegrist, J. (2003): Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren: Die Bedeutung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse für die betriebliche Gesundheitsförderung. Abschlussbericht Arbeitsgruppe 2 der Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“ der Bertelsmann Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung.

Siegrist, J. and Marmot, M. (2004): Health inequalities and the psychosocial environment – two scientific challenges. Social Science & Medicine, Bd. 58, S. 1463–1473.

Siegrist, J., Neumer, S. und Margraf, J. (1998): Salutogeneseforschung: Versuch einer Standortbestimmung, in: Margraf, J., Siegrist, J. und Neumer, S. (Hrsg.): Gesundheits- und Krankheitstheorie? Saluto- vs. pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen. Berlin, S. 3–11.

Slesina, W. (2001): Evaluation betrieblicher Gesundheitszirkel, in: Pfaff, H. u. Slesina, W. (Hrsg.): Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung, Weinheim u. München.

Smedley, B.D. and Syme, S.L. (2001): Promoting Health. Intervention Strategies from Social and Behavioral Research, Washington D. C.

Smedley, B.D. and Syme, S.L. (2001): Promoting Health. Intervention Strategies from Social and Behavioral Research. Introduction, in: Smedley, B.D. and Syme, S.L. (Eds.): Promoting Health. Intervention Strategies from Social and Behavioral Research. Institute of Medicine, Washington, D. C.

Sniehotta, F.F. (2002): Gesundheitsverhaltenstheorien, in: Schwarzer, R., Jerusalem, M. und Weber, H. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch, Göttingen.

Sochert, R. und Schwippert, Ch. (2003): Die öffentliche Verwaltung – ein kranker Sektor? Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Betriebliches Gesundheitsmanagement und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, Bd. 29, Bremerhaven.

Sperling, S. und Mielck, A. (2000): Entwicklung eines Mehrebenenmodells für die Systematisierung sozialepidemiologischer Erklärungsansätze, in: Helmert, U. (Hrsg.): Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland, Weinheim/München.

Sportausschuss des Deutschen Bundestages (2004): Wortprotokoll 34. Sitzung am 28.04.2004. Öffentliche Anhörung von Sachverständigen zum Thema „Förderung der Prävention durch Krankenkassen im Bereich Sport“. Protokoll Nr. 15/34.

Springett, J. (2001): Participatory approaches to evaluation in health promotion, in: Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., McQueen, D.V., Potvin, L., Springett, J. and Ziglio, E. (Eds.): Evaluation in health promotion. Principles and perspectives. WHO Regional Publications, European Series, No. 92, Kopenhagen.

Staatsen, B., Franssen, E., v. Wiechen, C., Houthuijs, D. and Lebret, E. (2004): HIA in Schiphol Airport, in: Kemm, J. u. Parry, J. (Eds.): Health Impact Assessment, Oxford/New York.

Statistisches Bundesamt (2004): Krankheitskosten 2002, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2005): Absatz an versteuerten Zigaretten nahm im Jahr 2004 um 16 % ab. Pressemitteilung vom 17. Januar 2005 sowie persönliche Mitteilung.

Stender, K.-P- (2004): Meilensteine des Gesunde Städte Netzwerkes der Bundesrepublik Deutschland unter besonderer Perspektive der Aktivitäten seiner Mitgliedskommunen und seiner Akteurinnen und Akteure anlässlich des Wechsels des Gesunde Städte Sekretariats. http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de (1.12.2004).

Stender, K.-P. (2003): Gesunde Städte: Eine Chance für die Integration von Umwelt-, Sozial- und Gesundheitspolitik in der Stadtentwicklung, in: Löhr, R.-P., Geene, R. und Halkow, A. (Hrsg.): Die soziale Stadt – Gesundheitsförderung im Stadtteil. Gesundheit Berlin e. V., Materialien zur Gesundheitsförderung, Bd. 13, Berlin.

Stiftung Marktwirtschaft (2005): Kommission „Steuergesetzbuch“. Projektkonzept, Berlin.

Strumberg, D., Boeing, H., Scheulen, M.E., Förster, H und Seeber, S. (2004): Ernährung, Lifestyle und Krebs: Wege zur Primärprävention. Dtsch Med Wochenschr, Bd. 129, S. 1877–1882.

Sturm, R. (2002): The Effects of Obesity, Smoking, and Problem Drinking on Chronic Medical Problems and Health Care Costs. Health Affairs, Bd. 21, S. 245–253.

Sturm, R., Ringel, J. and Andreyava, T. (2004): Increasing Obesity Rates and Disability Trends. Health Affairs, Band 23, Heft 2, S. 1–7.

Sturm, R. and Wells, K.B. (2001): Does Obesity Contribute As Much to Morbidity As Poverty or Smoking? Public Health, Bd. 115. S. 229–295.

Subramanian, S. V., Jones, K. and Duncan, C. (2003): Multilevel Methods for Public Health Research. In: Kawachi, I. u. Berkman, L.F. (Eds.): Neigborhoods and Health, Oxford/New York.

Task Force on Community Preventive Services (2002): Recommendations to Increase Physical Activity in Communities. Am J Prev Med, Bd. 22, S. 67–72.

Tiemann, F. (2002): Daten der Rentenversicherung: Ein unerschlossener Schatz der Gesundheitsberichterstattung? In: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung in Deutschland. Stand und Perspektiven, Berlin.

Töppich, J. (2004): Evaluation und Qualitätssicherungskonzepte in der Prävention und Gesundheitsförderung der BZgA, Vortrag auf der Fachtagung EpiBerlin am 12.2.04: ‚Evidenzbasierung in der Prävention und Gesundheitsförderung’.

Townsend, J., Roderick, P. and Cooper, J. (1994): Cigarette smoking by socioeconomic group, sex and age: effects of price, income, and health publicity. BMJ, Bd. 309, S. 923–927.

Trojan, A. (2004): Theorien der Gesundheitsförderung. In: Ahrens, D. und Güntert, B. (Hrsg.): Gesundheitsökonomie und Gesundheitsförderung, Baden-Baden.

Trojan, A. und Legewie, H. (2001): Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen, Frankfurt/Main.

Trojan, A., Süß, W. und Glismann, W. (2003): Soziale und gesunde Stadt: Integrierte Berichterstattung als Planungsgrundlage einer nachhaltigen Stadtentwicklung. Soziale Stadt Info 11, S. 18–19.

U.S. Department of Health and Human Services (2000): Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health. Highlights from Current Research, o. Ortsangabe.

UPI Umwelt- und Prognose-Institut (2000): Kostenumschichtung im Gesundheitswesen durch Anwendung des Verursacherprinzips – Vorschläge für eine Finanzreform im Gesundheitswesen durch Gesundheitsabgaben. UPI Bericht 46, Heidelberg.

Verband der privaten Krankenversicherung (2001): Die private Krankenversicherung. Zahlenbericht 2000/2001, Köln.

Verein zur Förderung der Nutrigenomik (2000): Genomforschung und Pflanzenbiotechnologie im Dienste der Diagnose, Verhütung und Therapie ernährungsabhängiger Krankheiten. Antrag der Region Berlin-Potsdam auf Förderung der Phase 3 im Rahmen der BMBF-Förderaktivität „BioProfile“ im Förderprogramm Biotechnologie 2000. http://www.nutrigenomik.de/bioprofile/index.html (10.1.2005).

Vieth, P. (1988): Die Durchsetzung des Sicherheitsgurts beim Autofahren. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P88-203, Berlin.

Vogt, U. (2003): Gesundheitszirkel, in: Badura, B. u. Hehlmann, Th. (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation, Berlin/Heidelberg.

Wagner, P. (2002): Kommen und Gehen. Determinanten der dauerhaften Teilnahme an bewegungsorientierten Programmen, in: Walter, U., Drupp, M. und Schwartz, F.W. (Hrsg.): Prävention durch Krankenkassen. Zielgruppen, Zugangswege, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit, Weinheim/München.

Wallack, L. (2001): The Role of Mass Media in Creating Social Capital: A New Direction for Public Health. In: Smedley, B.D. and Syme, S.L. (Eds.): Promoting Health. Intervention Strategies from Social and Behavioral Research. Institute of Medicine, Washington, D.C.

Walter, U. (2003): Fokusgruppen. In: Badura, B. u. Hehlmann, Th. (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation, Berlin u. Heidelberg.

Walter, U. (2004): Bevölkerungsbezogene und individuelle Prävention. Strategien und Wirksamkeit. Der Internist, Bd. 45, Heft 2, S. 148–156.

Walter, U. und Schwartz, F.W. (2003): Prävention, in: Schwartz, F.W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J. und Walter, U. (Hrsg.): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen, München/Jena.

Walter, U. und Schwartz, F.W. (2002): Prävention durch Krankenkassen – Auf dem Weg zu mehr Zielorientierung und Qualität, in: Walter, U., Drupp, M. und Schwartz, F.W. (Hrsg.): Prävention durch Krankenkassen. Zielgruppen, Zugangswege, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit, Weinheim/München.

Warner, K.E. (2000): The economics of tobacco: myths and realities. Tobacco Control, Bd. 9, S. 78–89.

Watson, R. (2003): US and Germany are keen to see tobacco agreement watered down. BMJ, Bd. 326, S. 1055.

Weber, H. (2002): Ressourcen, in: Schwarzer, R., Jerusalem, M. und Weber, H. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch, Göttingen.

Wegner, C., Gutsch, A., Hessel, F. und Wasem, J. (2004): Rauchen-attributable Produktivitätsausfallkosten in Deutschland – eine partielle Krankheitskostenstudie unter Zugrundelegung der Humankapitalmethode. Das Gesundheitswesen, Bd. 66, S. 423–432.

Weis, J. (1997): Das Konzept der Salutgenese in der Psychoonkologie. In: Bartsch, H. u. Bengel, J. (Hrsg.) Salutogenese in der Onkologie, Basel, S. 106–116.

Weltbank (2003): Der Tabakepidemie Einhalt gebieten. Regierungen und wirtschaftliche Aspekte der Tabakkontrolle. http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/themen/praevention/drogen/ 2346.cfm (18.10.2004).

Welte, R., König, H.-H. and Leidl, R. (2000): The costs of health damage and productivity losses attributable to cigarette smoking in Germany. European Journal of Public Health, Bd. 10, S. 31–38.

White Paper on Public Health (2004): Choosing Health. Making healthy choices easier. http://www.dh.gov.uk/Home/fs/en (17.11.2004).

WHO (1986): Ottawa Charter For Health Promotion, http://www.who.dk/AboutWHO/Policy/20010827€2 (24.2.2004).

WHO (1987): Measurement in health promotion and protection. WHO Regional Publications, European Series No. 22, Kopenhagen.

WHO (1992): Gesunde Städte – Leitfaden zur Entwicklung eines Gesunde-Städte-Projektes, Gamburg.

WHO (1999a): Enterprise for Health. An appraisal of the project „Investment Incentives for Workplace Health Promotion". www.who.dk/document/e67396.pdf (11.1.2005).

WHO (1999b): Gesundheit 21. Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle" für die Europäische Region der WHO. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle", Nr. 6, Kopenhagen.

WHO (1999c): Guidelines on Improving the Physical Fitness of Employees. http://www.who.int/occupational€health/publications/eurfitness/en/ (7.12.2004).

WHO (2000a): Europäischer Aktionsplan Alkohol/European Alcohol Action Plan 2000–2005. http://www.euro.who.int/document/E67946.pdf (31.1.2005).

WHO (2000b): Obesity: Preventing And Managing The Global Epidemic. WHO, Genf.

WHO (2001): Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. WHO, Genf.

WHO (2002a): Die Erklärung von Warschau: Für ein tabakfreies Europa. http://www.who.dk/ AboutWHO/Policy/20020422€1.

WHO (2002b): Europäische Anti-Tabak-Strategie. Entwurf für die 52. Tagung des Regionalkomitees für Europa in Kopenhagen am 16. –19. September 2002 vom 5. Juli 2002. http://www.who.dk/RC/wkgdocs/20020730€12 .

WHO (2002c): Genomics and World Health, Genf.

WHO (2003a): Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/ FAO expert consultation. WHO technical report series 916, Genf.

WHO (2003b): Which are the most effective and cost-effective interventions for tobacco control? Health Evidence Network (HEN) synthesis report, WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen.

WHO (2004a): Avian flu virus could evolve into dangerous human pathogen, experts fear, in: Bulletin of the World Health Organization, Bd. 82 (3), S. 236–237.

WHO (2004b): Healthy Cities and urban governance. www.who.dk/healthy-cities (1.12.2004).

WHO (2004c): What are the most effective and cost-effective interventions in alcohol control? Health Evidence Network (HEN) synthesis report, WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen.

Wiborg, G., Hanewinkel, R. und Kliche, O. (2002): Verhütung des Einstiegs in das Rauchen durch die Kampagne „Be Smart – Don't Start": Eine Analyse nach Schularten. Deutsche Medizinische Wochenschrift, Bd. 127, S. 430–436.

Wilkinson, R. (1996): Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality, London.

Wilkinson, R. und Marmot, M. (Hrsg.) (2003): Social Determinants of Health: The Solid Facts. World Health Organization, Kopenhagen.

Williams A (1999): Calculating the global burden of disease: time for a strategic reappraisal? Health Economics, Bd.8, S.1–8.

Wilson, M.E. (1995): Travel and the Emergence of Infectious Diseases. Emerging Infectious Diseases, Bd. 1, Nr.2, S. 39–46.

Wiseman, V. and Mooney, G. (1998): Burden of illness estimates for priority setting: a debate revisited. Health Policy, Bd. 43, S. 243–251.

Wolf, C. (1999): Referat auf dem Symposium ‚Gesundheit und Verhalten – Forschung und Erkenntnisse der Gesundheitspsychologie', Univ. Freiburg i. Ü., im Dezember 1999, auch in Neue Zürcher Zeitung vom 22.12.1999.

Wopp, Chr. (1995): Die 70er Jahre: Trimm-Aktion und soziokulturelle Orientierung. Entwicklungen und Perspektiven des Freizeitsports, www.sport.uni-essen.de/studium/skripte/70gerjahre.pdf (21.10.2004).

Wright, M. T. (2004): Partizipative Qualitätssicherung und Evaluation für Präventionsangebote in Settings, in: Rosenbrock, R., Bellwinkel, M.und Schröer, A. (Hrsg.): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zm BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle", Bremerhaven.

Wydler, H., Kolip, P. und Abel, Th. (2002): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts, Weinheim/München.

Ziese, Th. (2002): Arbeitswelt und Gesundheit in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung in Deutschland. Stand und Perspektiven, Berlin.

Ziglio, E., Barbosa, R., Charpark, Y. und Turner, S. (2003): Gesundheitssysteme stellen sich der Armut. WHO, Public-Health-Fallstudien Nr. 1, Kopenhagen.

Zoike, E. (2002): Daten der gesetzlichen Krankenkassen in der Gesundheitsberichterstattung: Aussagemöglichkeiten und Grenzen. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung in Deutschland. Stand und Perspektiven, Berlin.

5 Schnittstellen zwischen Krankenversicherung und Pflegeversicherung

5.1 Ausgangslage vor dem Pflegeversicherungsgesetz

473. In Deutschland wurden in den achtziger Jahren, wie in vielen anderen Ländern auch, Diskussionen über neue sozialstaatliche Programme zur Absicherung des allgemeinen Lebensrisikos Pflegebedürftigkeit geführt. Maßgeblichen Einfluss auf die ersten Debatten hatten die Ergebnisse der sozialwissenschaftlichen Studie des Instituts SOCIALDATA über Anzahl und Situation von zu Hause lebenden Pflegebedürftigen (vgl. Brög, W. 1980) sowie ein umfassender Bericht einer von der Regierung einberufenen Arbeitsgruppe, der denkbare Modelle zur Verbesserung der Absicherung im Pflegefall vorstellte. Diese Untersuchungen verdeutlichten, dass die Sozialhilfe ihre ursprüngliche Funktion (Bundessozialhilfegesetz, BSHG), nur die schlimmsten Notlagen zu verhindern, nicht mehr erfüllte, sondern diese vor allem für Schwer- und Schwerstpflegebedürftige zu einer Art Regelleistung wurde. Ältere Menschen waren nach einem lebenslangen Arbeitsprozess auf Sozialhilfe angewiesen und wurden im Heim zu ‚Taschengeldempfängern'. Viele Betroffene empfanden die Notwendigkeit des Rückgriffs auf Sozialhilfe als Stigmatisierung (vgl. Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen 1990). Nicht selten wurden nach Offenbarung von Einkommen und Vermögen unterhaltspflichtige Angehörige zu ergänzenden Zahlungen herangezogen. Dieser finanziellen Abhängigkeit folgte, wenn der Pflegebedürftige in einem Pflegeheim untergebracht wurde, oft auch der Verlust der Selbstbestimmung. Gleichzeitig musste sich die stationäre Pflege der Kritik ausgeprägter infrastruktureller und qualitativer Mängel stellen (vgl. Gutachten 2000/2001, Band II; Zeman, P. 2000). Aspekte der demographischen Veränderung und „gesellschaftlichen Modernisierung", insbesondere durch die Veränderung von Familien- und Haushaltsstrukturen, verwiesen darüber hinaus auf zukünftige „Rekrutierungsprobleme" von Pflegepersonen (Blinkert, B. u. Klie, T. 1999; BMFSFJ 2002; GVG 2003; Runde, B. et al. 2003).

474. Die langfristige Pflege alter und chronisch kranker Menschen konnte vor Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes durch die vorhandene ambulante Infrastruktur nur schwer sicher gestellt werden. Neben der reinen Pflegeleistung benötigten sie auch Hilfe zur Erhaltung der Alltagskompetenz. Diese Leistungen wurden zum größten Teil von informellen Unterstützungsnetzwerken erbracht. Die Pflegebedürftigen, die nicht vom Partner oder den Kindern versorgt wurden und sich Leistungen einkaufen mussten, hatten große Schwierigkeiten, sich diese zu beschaffen. Jedoch waren nicht nur pflegebedürftige alte Menschen, sondern auch Sterbende, jüngere psychisch Kranke, Behinderte und versorgungsbedürftige Migranten pflegerisch unterversorgt (Blinkert, B. u. Klie, T. 1999; Schaeffer, D. 2002).

475. Das Hauptargument für die Verabschiedung der sozialen Pflegeversicherung (SPV) waren allerdings die immens angestiegenen Ausgaben der Sozialhilfeträger für die Hilfe zur Pflege (Blinkert, B. u. Klie, T. 1999). 80 % der stationär versorgten Pflegebedürftigen in den alten und fast 100 % in den neuen Bundesländern waren vor Inkrafttreten des SGB XI auf Sozialhilfe angewiesen. Zwischen 1970 und 1990 stiegen die Sozialhilfeausgaben für Pflegeleistungen in den alten Bundesländern von 1,1 auf 11,05 Mrd. DM. Von 1991 bis 1993 erhöhten sich die Ausgaben von 12,7 auf 16,5 Mrd. DM im gesamten Bundesgebiet. Die gesetzlichen Krankenkassen dagegen waren durch die ambulante Pflege lediglich mit 3,29 Mrd. DM belastet. Die Krankenhäuser erzielten einen Teil ihrer Einnahmen durch die Versorgung Pflegebedürftiger, die aufgrund sozialer Indikationen, z. B. Tod des Lebenspartners oder Urlaubsreise der Familie, aufgenommen wurden (Zeman P. 2000). Obwohl es unbestritten notwendig war, die Bedingungen für eine adäquate pflegerische Versorgung angesichts des zunehmenden Anteils älterer und von Pflegebedürftigkeit bedrohter Menschen zu schaffen, war die Belastung der sich in der Finanzkrise befindenden Kommunen – bei einer Schuldenlast der öffentlichen Haushalte von 1,3 Billionen DM Ende 1992 – ein wichtiges Argument für die Forderung nach einer Pflegeversicherung (Baron, R. 1995).

476. Den Hauptdiskussionspunkt bildeten unterschiedliche Modelle zur Absicherung des Lebensrisikos Pflegebedürftigkeit. Seit Anfang der achtziger Jahre wurden vornehmlich die folgenden Modelle diskutiert (vgl. Robert, R. 1992):

- die Erweiterung der beitragsfinanzierten gesetzlichen Krankenversicherung um den Leistungsgrund der Pflegebedürftigkeit;
- die Schaffung einer eigenständigen nach dem Umlageverfahren arbeitenden Pflegeversicherung unter organisatorischer Anbindung an die gesetzlichen Krankenkassen;
- die Verabschiedung eines sich aus Steuermitteln speisenden Bundespflegegesetzes;
- die Einführung einer auf dem Kapitaldeckungsverfahren basierenden Privathaftpflichtregelung mit sozialen Ausgleichselementen und
- der Aufbau einer kapitalgedeckten sozialen Pflegeversicherung.

Die Entscheidung zwischen diesen Modellen hatte ordnungspolitische und rechtssystematische Bedeutung sowie finanzpolitische Konsequenzen (Robert, R. 1992).

477. Die verschiedenen Grundpositionen der Diskussion zur Pflegeversicherung spiegelten die Probleme der Ausgangslage wider:

- Kritiker, die eine Diskriminierung der Mehrzahl der Pflegebedürftigen durch die unvermeidliche Sozialhilfeabhängigkeit bemängelten,

- Sozialhilfeträger, die eine dringende Kostenentlastung forderten,

- sozialpolitische Akteure, die die Förderung der häuslichen Pflege als zentral erkannt hatten, nachdem auch empirisch belegt worden war, dass die überwältigende Mehrheit der Pflegebedürftigen zu Hause und durch Angehörige versorgt und gepflegt wurde (vgl. Brög, W. 1980) und

- Akteure, die sich für mehr Anerkennung und die zunehmende Professionalisierung der Pflegekräfte einsetzten und die den als ‚Pflegenotstand' bezeichneten professionellen Engpass beseitigen wollten (vgl. Gutachten 2000/2001, Band II, Kapitel 1.2; Zeman, P. 2000).

Die Entscheidung für eine Sozialversicherungslösung wurde gestützt durch die empirisch nachgewiesene Zufriedenheit einer großen Bevölkerungsmehrheit mit dem bestehenden sozialen Sicherungssystem. Für die politischen Akteure war das Anknüpfen an Bekanntes, die Reduktion von Unsicherheit und die Möglichkeit einer nicht nur primär zukunftsorientierten, sondern bereits aktuell wirksamen Problementlastung von Vorteil (vgl. Zeman, P. 2000).

478. Heftigster Gegner einer sozialversicherungsrechtlichen, umlagefinanzierten Lösung war die deutsche Wirtschaft, die eine Verschlechterung in der internationalen Wettbewerbsfähigkeit durch den Anstieg der Lohnnebenkosten befürchtete. Die Unternehmerseite vertrat die Meinung, das Pflegerisiko könne jeden treffen, sei damit ein allgemeines Lebensrisiko und habe nichts mit dem Arbeitsvertrag zu tun. Insbesondere betroffen seien ältere Menschen, die nicht mehr im Beschäftigungsverhältnis stehen. Ein finanzieller Beitrag der Arbeitgeber zur Pflegeversicherung wurde als eine verfassungswidrige Sonderausgabe betrachtet und die Inanspruchnahme der Arbeitgeber zur Pflegefinanzierung als ein Verstoß gegen das Prinzip der staatsbürgerlichen Lastengleichheit. Zwischen damaliger Regierungskoalition und SPD bestand vergleichsweise schnell Einigkeit darüber, den Arbeitgeberanteil zu kompensieren. Dagegen gestalteten sich die Verhandlungen über den Umfang der Kompensation schwierig, insbesondere über die Frage, ob der Arbeitgeberanteil durch einen oder zwei zusätzliche Arbeitstage ausgeglichen werden sollte (vgl. Bornkamp-Baake, G. 1998).

479. Umstritten blieb ebenfalls, dass die Pflegeversicherung mit wesentlichen Funktionsprämissen bisheriger Sozialversicherungen bricht, indem sie z. B. gegen das Bedarfsprinzip handelt und stattdessen das Budgetprinzip auf den gesamten Leistungsbereich anwendet (vgl. Blinkert, B. u. Klie, T. 1999; Rückert, W. 1999). Die Pflegeversicherung wurde nicht als Vollversicherung entworfen. So kam es zu gesetzlichen Zielbestimmungen und Regelungen, die gegenüber dem Gesundheitsbereich ein sehr viel geringeres Schutz- und Versorgungsniveau festlegten. Die Tatsache, dass insbesondere pflegebedürftige Heimbewohner nicht die erhoffte vollständige Entlastung erfahren, wurde toleriert. Indes schien eine Umkehrung des Verhältnisses von Sozialhilfeempfängern und Selbstzahlern in den Heimen erreichbar (vgl. Robert, R. 1992).

Während eine reine Sachleistungskonzeption in der Diskussion von keiner Seite vertreten wurde, gab es Forderungen nach einer ausschließlichen Anwendung des Geldleistungsprinzips (z. B. von der autonomen Behindertenbewegung und von Verfechtern eines freien Marktes in der Pflege). Der Wunsch, als ‚Kunde' Einfluss auf Art und Qualität des Angebots zu nehmen und seine Pflege in eigener Verantwortung zu gestalten, war Hintergrund für diese Forderung (vgl. Blinkert, B. u. Klie, T. 1999). Zudem sollten die Leistungen der Familie durch Geldleistungen unterstützt und damit anerkannt werden. Beim Vorrang von Geldleistungen hat der Kostenträger wenig Einfluss auf die Qualität der erbrachten Leistung. Beim Vorrang der Sachleistungen fehlen hingegen Anreize zur Übernahme der Pflege im häuslichen Bereich und werden ggf. lebensweltliche Pflegearrangements gefährdet (Blinkert, B. u. Klie, T. 1999). Um das angestrebte Ziel der gesellschaftlichen Teilhabe Betroffener zu realisieren, wurden schließlich Geld- und Sachleistungen nebeneinander etabliert.

Die hier in Ansätzen beschriebene zwei Jahrzehnte dauernde Grundsatzdiskussion und inhaltliche Auseinandersetzung um die Absicherung des Pflegerisikos fasst Tabelle 1 zusammen.

480. Am 1. Juli 1993 brachte die Regierungskoalition aus CDU/CSU und FDP einen Pflegefinanzierungsgesetzentwurf im Deutschen Bundestag ein. Er fand in der Sitzung des Bundesrates keine Zustimmung. Auch der Vorschlag des angerufenen Vermittlungsausschusses scheiterte im Bundesrat, nachdem er zuvor mehrheitlich im Bundestag angenommen worden war. Nach monatelangen Verhandlungen konnte schließlich ein Kompromiss ausgehandelt werden, der sowohl vom Bundestag als auch vom Bundesrat gebilligt wurde. Mit Verabschiedung des Pflegeversicherungsgesetzes am 26. Mai 1994 wurde eines der längsten Gesetzgebungsverfahren in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland beendet (vgl. Bornkamp-Baake, G. 1998).

Tabelle 51

Phasen in der Diskussion um ein Pflegeversicherungsgesetz

Die ***Erste Phase (1973/74–1980/81)*** war gekennzeichnet durch die Aufarbeitung des Problems der finanziellen Situation älterer pflegebedürftiger Menschen in Heimen und war Ausgangspunkt für die Überlegungen zur Absicherung des allgemeinen Lebensrisikos Pflegebedürftigkeit.
In der ***Zweiten Phase (1980–1984)*** arbeiteten die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege und der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge konkrete Vorschläge für den Gesetzgeber aus.
Die Abfassung unterschiedlicher Gesetzentwürfe durch die Bundesregierung, einige Landesregierungen und die Bundestagsfraktion der Grünen erfolgte in der ***Dritten Phase (1985–1986)***.
Die ***Vierte Phase (1987–1989)*** war durch die Diskussion um die Zwischenlösung der Pflegeproblematik im Zuge der Reform des Krankenversicherungsrechts (GRG) geprägt. Ergebnis war eine Einstiegslösung durch Aufnahme von begrenzten Leistungen bei der häuslichen Pflege sowie die Kurzzeitpflege bei Schwerpflegebedürftigkeit in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung.
In der ***Fünften Phase (1989–1992)*** fiel die Entscheidung zwischen den beiden grundsätzlichen Versicherungsalternativen, der Sozialversicherungslösung oder der Privatversicherung. Beide stellten bereits das Ergebnis einer Auswahl aus der Vielfalt der Gesetzesvorschläge dar.
Die **S*echste Phase (1992–1993)*** kennzeichnete die Diskussion um die Frage der Kompensation des Arbeitgeberbeitrags.
Die ***Siebte Phase (1993–1994)*** markierte den Prozess der Kompromissfindung in den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Meier, J.A. (1996); Igl, G. (1992)

5.2 Das Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI)

5.2.1 Gesetzliche Grundlagen und Versichertenkreis

481. Das Elfte Sozialgesetzbuch (SGB XI) ist mit seinen 122 Paragraphen der wichtigste Teil des Pflegeversicherungsgesetzes (Pflege-VG). Das Pflege-VG umfasst insgesamt 69 Artikel, das SGB XI ist der erste davon. Weiter finden sich dort Richtlinien und Änderungsvorschriften, die die Einführung erleichterten.[106]

Die Einführung der Pflegeversicherung erfolgte in vier Stufen:

- am 1. Juni 1994 – Einrichtung der Pflegekassen bei jeder Krankenkasse,
- am 1. Januar 1995 – Beginn der Beitragszahlungen,
- am 1. April 1995 – erste häusliche und (teil)ambulante Versicherungsleistungen und schließlich
- am 1. Juli 1996 – Einsetzen der stationären Versicherungsleistungen.

In mehreren Ansätzen des Pflege-VG findet sich die Nähe zum Krankenversicherungsrecht. Die Pflegekassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts sind gemäß § 46 SGB XI Träger der Pflegeversicherung und bei jeder Krankenkasse eingerichtet. Entstehende Verwaltungskosten einschließlich der Personalkosten werden den Krankenkassen erstattet. Die soziale Pflegeversicherung (SPV) orientiert sich hinsichtlich der Regelungen zur Versicherungspflicht am Krankenversicherungsrecht, d. h. sie unterscheidet ebenfalls zwischen Pflicht- und Familienversicherten sowie freiwillig Versicherten (§ 20 SGB XI).[107] Eine ‚free rider-Mentalität' oder eine Unterschätzung künftiger Risiken, die dazu führen können, sich nicht zu versichern und im Bedarfsfall Sozialhilfe in Anspruch zu nehmen, werden durch die Versicherungspflicht, die für (fast) alle Gesellschaftsmitglieder gilt, verhindert (Sievering, O. 1996). Die freiwilligen Mitglieder der GKV können sich jedoch von der Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung befreien lassen, wenn sie eine Versicherung gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit bei einem privaten Versicherungsunternehmen nachweisen. Unter ähnlichen Bedingungen wie in der GKV sieht die Pflegeversicherung eine beitragsfreie Familien- bzw. Mitversicherung von Ehegatten und Kindern vor. Die soziale Pflegeversicherung umfasst die in der PKV Versicherten[108] nicht. Das Gesetz verpflichtet sie aber, zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit einen privaten Versicherungsvertrag abzuschließen. Die

[106] Wird im nachfolgenden Text von der Pflegeversicherung und dem Pflegeversicherungsgesetz gesprochen, ist in der Regel das SGB XI gemeint.

[107] Neben diesen Pflicht- und den Familienversicherten umfasst die Pflegeversicherung noch als so genannte Weiterversicherte solche Personen, die keinen entsprechenden Versicherungsschutz mehr besitzen und in den letzten fünf Jahren mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden mindestens 12 Monate versichert waren oder deren Familienversicherung erlischt (§ 26 SGB XI).

[108] Es muss sich hierbei um eine Vollversicherung handeln.

Beamten, die im Pflegefall Beihilfen erhalten, müssen darüber hinaus den noch verbleibenden Teil der Pflegekosten im Rahmen einer privaten Pflegeversicherung abdecken. Die private Pflegeversicherung schließt auch Mitglieder der Post- und Bahnbeamtenkrankenkasse sowie so genannte Heilfürsorgeberechtigte ein, wie z. B. Angehörige der Bundeswehr und der Polizei. Für Personen, für die keine Krankenversicherungspflicht besteht, besteht auch kein Zwang zur Absicherung des Pflegerisikos.

482. Die Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung erfolgt analog zur gesetzlichen Krankenversicherung aus einkommensabhängigen Beitragszahlungen. Der zunächst angesetzte Beitragssatz von 1 % erhöhte sich am 1. Juli 1996 auf l,7 % und gilt im Gegensatz zum Beitragssatz in der GKV einheitlich für alle Pflegekassen. Anteilig entrichten Arbeitnehmer und Arbeitgeber jeweils 0,85 % zur paritätischen Finanzierung. Einzige Ausnahme bildet das Bundesland Sachsen. Durch die Entscheidung für einen arbeitsfreien Buß- und Bettag liegt hier der Beitrag für die Arbeitnehmer bei 1,35 % (vgl. Büser, W. et al. 1998; Deutscher Bundestag 1998). In gleicher Weise laufen Beitragsbemessung und Finanzierungsmodalitäten zwischen den in der GKV versicherungspflichtigen und freiwillig versicherten Rentnern sowie dem Rentenversicherungsträger ab. Die Beiträge für Bezieher von Krankengeld entfallen je zur Hälfte auf die Versicherten und die Krankenkassen.

483. Für eine leistungsfähige, zahlenmäßig ausreichende und pflegerisch wirtschaftliche Versorgungsstruktur sind die Länder verantwortlich, indem sie durch die Bedarfsplanung gewährleisten, dass es entsprechend der Zahl der Pflegebedürftigen angemessene Anbieterstrukturen im Bereich der Pflegeeinrichtungen gibt. Aus der Bedarfsplanung geht hervor, wie viele Pflegeeinrichtungen (z. B. Altenpflegeheime) angesichts der Zahl der Pflegebedürftigen in den jeweiligen Regionen notwendig sind, um eine Unterversorgung zu verhindern. Dagegen sorgen die Pflegekassen für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung im Rahmen der den Versicherten gewährten Sachleistungen (vgl. Evers, A. 1995; Hacke, S. 1996).

5.2.2 Ziele des Pflegeversicherungsgesetzes

484. Die unterschiedlichen Zielstellungen fanden ihren Gesetzesniederschlag entweder explizit in den allgemeinen Vorschriften des ersten Kapitels des SGB XI oder implizit in den einzelnen Normen des Pflege-VG. Zu den allgemeinen Zielsetzungen gehören die Erleichterung des Zugangs, die Erhöhung der Verfügbarkeit, die Sicherung der Qualität, die Steigerung der Effizienz und die Sicherung der Finanzierbarkeit von Pflegeleistungen. Konkret heißt das:

- Die Einrichtungen und Dienste müssen eine pflegerische Versorgung gewährleisten, die dem allgemein anerkannten Stand der Medizin und Pflege entspricht. Das damit verfolgte Ziel einer Steigerung der Qualität von Pflegeleistungen dient der weiteren Etablierung pflegefachlicher Erkenntnisse in der Praxis, die sich am Forschungsstand der Pflegewissenschaft orientiert. Das Gesetz hat eine qualitative wie auch quantitative Weiterentwicklung der Pflege zum Ziel (vgl. Blinkert, B. u. Klie, T. 1999).
- Die effiziente Erbringung der Leistung soll durch die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Pflegeinfrastruktur gewährleistet werden. Die professionellen Hilfeleistungen sollen im ambulanten und stationären Bereich kontinuierlich bereitgestellt werden. Jeder Pflegedienst kann Leistungen bei den Pflegekassen abrechnen, sofern er gesetzliche Mindestanforderungen erfüllt. Alle Pflegedienste bewegen sich auf einem neu eröffneten Markt, in dem Wettbewerb zwischen unterschiedlichen Anbietern herrscht. Es kommen keine bedarfssteuernden Instrumente zum Einsatz. Die Leistungserbringer aus den unterschiedlichen Sektoren müssen ihre Arbeit koordinieren (vgl. Grupe, H. 1998; Blinkert, B. u. Klie, T. 1999; Schneekloth, U. u. Müller, U. 1999).
- Die Forderung nach Pflege- und Betreuungsbereitschaft der Angehörigen, Nachbarn u. a. Laien hat das Ziel, pflegebedürftigen Menschen trotz Erkrankung oder Behinderung den Verbleib in der eigenen häuslichen Umgebung zu ermöglichen (Vorrang der ambulanten gegenüber der stationären Pflege). Ein Übergang in eine vollstationäre Einrichtung oder in eine teilstationäre Pflege soll erst dann erfolgen, wenn eine Lebensführung im privaten Haushalt nach eigenem Ermessen und aufgrund des vorhandenen Pflegebedarfs nicht mehr zu vertreten ist. Ob damit erreicht wird, der erwarteten Abnahme innerfamiliärer Pflegebereitschaft entgegenzuwirken, ist noch nicht sicher (vgl. Klie, T. 1999b; Schmidt, R. 1999; Schneekloth, U. u. Müller, U. 1999; Wagner, A. u. Lürken, L. 2000; Runde, P. et al. 2003). So wurden professionelle Pflegekräfte zur Motivation pflegender Angehöriger unter besonderer Berücksichtigung der Unterstützung durch die Pflegeversicherung befragt. In diesen Studien konnten weder Befürchtungen, die Motivation zur Pflege werde vorrangig durch monetäre Anreize gelenkt, noch Hoffnungen, das informelle Unterstützungspotenzial werde massiv gestärkt, bestätigt werden (Brömme, N. 1999; BMFSFJ 2002).
- Die Verhinderung der Überinanspruchnahme von Leistungen ist notwendig, um mit eingeschränkten finanziellen Ressourcen auszukommen.
- Die Sicherung der Pflege als gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist nicht einem Träger sozialer Sicherung allein zu übertragen. Die Sozialhilfeträger sollen von den Kosten der Pflege durchgreifend entlastet werden. „Die Pflegeversicherung reflektiert in dieser Zielformulierung das Konzept des Wohlfahrtspluralismus“ (Blinkert, B. u. Klie, T. 1999, S. 37).
- Die Pflegeversicherung soll das Risiko einer ausschließlich pflegebedingten Sozialhilfeabhängigkeit soweit wie möglich verringern, die Versorgung Pflegebedürftiger umfassend verbessern und auf eine neue Grundlage stellen. Insbesondere im stationären Bereich, in dem ein Großteil der Pflegebedürftigen bisher

zu Sozialhilfeempfängern wurde, soll dieses Risiko vermindert werden (vgl. Schneekloth, U. u. Müller, U. 1999).

– Eine sozialverträgliche Finanzierung der Leistungen der Pflegeversicherung soll im Sinne einer möglichst geringen Belastung eingesetzt werden.

– Stabilitätspolitische Ziele sind die Verhinderung einer so genannten ‚Kostenexplosion' im Pflegewesen, die Begrenzung der finanziellen Belastung von Beitragszahlern und Patienten (vgl. Rothgang, H. 1997).

485. In den zuvor beschriebenen Zielen werden Pflegebedürftige mit ihren persönlichen Zielvorstellungen wie Erhalt der Selbstbestimmung und Förderung der Selbständigkeit nicht berücksichtigt. Der § 6 SGB XI fordert ausdrücklich die Eigenverantwortung der Pflegebedürftigen. Auch wenn das Pflege-VG nicht explizit verdeutlicht, wer für die Sicherung der Selbstbestimmung verantwortlich ist, können Institutionen, die Pflegeversicherung als Sachverwalter oder diejenigen, die durch Beistand den Prozess der Pflege stellvertretend mitgestalten und mitbestimmen, zur Sicherstellung beitragen. Besonderes Augenmerk ist dabei auf die schwer zu definierende Selbstbestimmung bei demenziell erkrankten Menschen zu richten (vgl. Klie, T. 1997; Blinkert, B. u. Klie, T. 1999).

Darüber hinaus kommt in der Formulierung des § 2 SGB XI die Beeinflussbarkeit der Pflegebedürftigkeit durch die Erhaltung der körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte des Pflegebedürftigen zum Ausdruck. So können Konzepte der Verwahr- und ‚Satt- und- Sauber-Pflege' nicht als pflegeversicherungskonform betrachtet werden (Klie, T. 1999b). Vielmehr soll den angemessenen Wünschen des Pflegebedürftigen bei der Gestaltung der Hilfe entsprochen werden; dies gilt auch für die Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse. Um der Gefahr einer Vereinsamung vorzubeugen, sind auch die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen nach Kommunikation zu beachten (§ 28 Abs. 4 SGB XI).

486. Die Vielfältigkeit in den Zielformulierungen des Pflege-VG beinhaltet Divergenzen. Die Pflegeversicherung will in der Tradition der Sozialversicherungen Pflegebedürftigen eine solidarische Unterstützung bieten, die Sicherung bei Pflegebedürftigkeit bleibt jedoch weitgehend Aufgabe der informellen Netzwerke, insbesondere der Familien.

5.2.3 Definitionen und Leistungsvoraussetzungen der sozialen Pflegeversicherung

487. Der Begriff ‚Pflegebedürftigkeit' stellt ein soziales Konstrukt dar, dem zwar objektivierbare Sachverhalte wie die Aktivitäten des täglichen Lebens zu Grunde liegen, doch sind diese selbst kulturell geprägt und variabel. Wertvorstellungen, Erwartungen und Bewältigungsstrategien sowie die wirtschaftliche Situation, der Grad der Arbeitsteilung in einer Gesellschaft, ihre Kultur und Technik prägen die Auffassung von Pflegebedürftigkeit (vgl. Blinkert, B. u. Klie, T. 1999; Klie, T. 1999a; Rückert, W. 1999). Im SGB XI wurde ein Begriff der Pflegebedürftigkeit definiert, der diesen Auffassungen und Einschätzungen folgt (§ 14 SGB XI). An dieser Definition orientieren sich Richtlinien und Ausführungsbestimmungen.

488. Pflegebedürftig ist nach den Bestimmungen des Pflege-VG, wer auf Grund von Krankheit oder Behinderung bei gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens voraussichtlich für mindestens sechs Monate in erheblichem oder höherem Maße Hilfe benötigt (§ 14 SGB XI). Damit sind Art oder Form der Krankheit oder Behinderung für eine Leistungsbeanspruchung der Pflegeversicherung nicht von Bedeutung. Vielmehr ist der Hilfebedarf bei bestimmten, gewöhnlichen, regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens maßgeblich. Dazu gehören nach § 14 Abs. 4 SGB XI:

– im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung;

– im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung;

– im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung;

– im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Spülen, Reinigen und Heizen der Wohnung, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung.

Pflegebedürftigkeit liegt auch vor, wenn der Betreffende den Sinn oder die Notwendigkeit dieser Handlungen nicht erkennen kann.

489. Pflegebedürftigkeit wird durch ihre Definition im Pflege-VG vom Begriff der Erkrankung gelöst, bleibt jedoch auf die körperlichen Defizite begrenzt, die die Selbstversorgung erschweren. Die Beschränkung auf den somatischen Pflegebegriff führte in der Vergangenheit zu Defiziten in der Versorgung von Menschen mit komplexen Gesundheitsproblemen, z. B. von demenziell und psychisch Erkrankten, bei denen neben der körperlichen Versorgung auch der Ausgleich sozialer Kompetenzdefizite unterstützt werden muss.

490. Die Leistungen der Pflegeversicherung dienen der Pflege, Versorgung und Betreuung des Pflegebedürftigen entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Sie gewährleisten eine „humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde" (§ 11 Abs. 1 SGB XI). Dieser weit gefasste Pflegebegriff findet im Gesetz an der Stelle eine Einschränkung, an der die Pflegestufen definiert (§ 15 Abs. 1 SGB XI) und die Pflegekriterien inhaltlich beschrieben (§ 15 Abs. 3 SGB XI) werden (vgl. Tabelle 52).

Tabelle 52

Stufen der Pflegebedürftigkeit und ihre Kriterien

Erforderlicher Hilfebedarf (§ 14 Abs. 4 SGB XI) / Stufen	Körperpflege	Ernährung	Mobilität	Hauswirtschaftliche Versorgung
Stufe I **Erheblich Pflegebedürftige** § 15 Abs. 1 Nr. 1 i.V.m. Abs. 3 Nr. 1 SGB XI	Mindestens einmal täglich bei wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen			Zusätzlich mehrfach wöchentlich
	Mindestens 90 Minuten im Tagesdurchschnitt Pflegerischer Aufwand muss gegenüber dem hauswirtschaftlichen Aufwand im Vordergrund stehen (mehr als 45 Minuten)			
Stufe II **Schwerpflegebedürftige** § 15 Abs. 1 Nr. 2 i.V.m. Abs. 3 Nr. 2 SGB XI	Mindestens dreimal täglich, zu verschiedenen Tageszeiten			Zusätzlich mehrfach wöchentlich
	Mindestens drei Stunden im Tagesdurchschnitt Pflegerischer Aufwand muss deutliches Übergewicht gegenüber dem hauswirtschaftlichen Aufwand haben (mindestens zwei Stunden)			
Stufe III **Schwerstpflegebedürftige** § 15 Abs. 1 Nr. 3 i.V.m. Abs. 3 Nr. 3 SGB XI	Rund um die Uhr, auch nachts			Zusätzlich mehrfach wöchentlich
	Mindestens fünf Stunden im Tagesdurchschnitt Pflegerischer Aufwand muss deutliches Übergewicht gegenüber dem hauswirtschaftlichen Aufwand haben (mindestens vier Stunden)			

Quelle: Eigene Darstellung

In besonders gelagerten Einzelfällen können Pflegebedürftige der Stufe III als ‚Härtefälle' anerkannt werden, wenn mindestens sieben Stunden täglich, davon zwei Stunden nachts, Hilfe bei der Körperpflege, Mobilität oder Ernährung erforderlich ist oder die Grundpflege auch nachts zeitgleich von mehreren Pflegepersonen erbracht werden muss.

491. Als schwierig erweist sich neben der Bestimmung des Pflegebedarfs die Einbeziehung lebensweltlich geprägter Pflegegewohnheiten und -bedürfnisse. Hierbei ist unabhängig von den Ursachen der Pflegebedürftigkeit zumindest die ansatzweise Berücksichtigung der unterschiedlichen Bedarfsausprägungen wünschenswert (Blinkert, B. u. Klie, T. 1999). Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass bei sachverständiger Anwendung mit dem Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI der notwendige Hilfebedarf ermittelt werden kann.

492. Die Definition der Pflegebedürftigkeit im SGB XI enthält jedoch in vielerlei Hinsicht Begrenzungen der Leistungsberechtigung. Dadurch wird der Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI enger als der des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) gefasst.[109] Die erwartete Dauer der Pflegebedürftigkeit muss mindestens sechs Monate betragen und ein erhebliches Maß an Hilfebedarf erreichen (§ 14 SGB XI). Der Hilfebedarf im Pflege-VG umfasst die Grundpflege, schließt die medizinische Behandlungspflege, d. h. Maßnahmen, die vom Arzt verordnet, aber von qualifiziertem nichtärztlichem Personal erbracht werden, jedoch aus.

493. Voraussetzung für die Leistungsübernahme der Pflegeversicherung ist immer ein Antrag des Pflegebedürftigen selbst bzw. der Angehörigen, die im Auftrag des Pflegebedürftigen handeln. Obwohl ein mündlicher Antrag genügt, wird in der Regel ein besonderes Antragsformular der Pflegekassen eingereicht. Als Tag der Antrag-

[109] Stellt die Pflegekasse eine Pflegebedürftigkeit der Stufe I bis III fest, kann der Sozialhilfeträger keine davon abweichende Entscheidung treffen und somit keine andere Pflegestufe vergeben. Nach dem BSHG gibt es jedoch nach Prüfung der Pflegestufen die Möglichkeit, im Sinne des § 68 Abs. 1 Satz 2 BSHG Zusatzleistungen zu gewähren, soweit die nach § 68 Abs. 1 Satz 1 BSHG zu gewährende Hilfe den Hilfebedarf nicht deckt. Grundsätzlich sind zwei Kategorien an Zusatzleistungen zu unterscheiden: körperbezogene Verrichtungen und Verrichtungen, die sich auf den sozialen Bereich beziehen. Für den Bereich der körperbezogenen Verrichtungen können die Begleitung zum Arzt, die Haarpflege oder das Schneiden der Fußnägel beispielhaft genannt werden. Als Verrichtungen, die sich auf den sozialen Bereich beziehen, werden die Entgegennahme und Übermittlung von Informationen, die Durchführung von Besuchen, die Teilnahme an gesellschaftlichen, unterhaltenden und kulturellen Veranstaltungen oder der Zugang zu Medien betrachtet. Ein Bedarf an Zusatzleistungen ist dann zu bejahen, wenn das Unterlassen der Hilfe für den Hilfesuchenden menschenunwürdige Lebensbedingungen zur Folge hätte. Dieser Bedarf wird durch spezielle ärztliche Atteste angezeigt (Gühlstorf, T. 2003).

stellung zählt die erste mündliche oder schriftliche Kenntnisnahme durch die Pflegekasse. Selbst wenn sie durch Dritte (etwa den behandelnden Arzt oder ein Krankenhaus) von der Pflegebedürftigkeit des Versicherten erfährt, wertet sie diese Information bereits als Antrag und leitet dann von sich aus das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ein (vgl. Büser, W. et al. 1998).

494. Die Leistungsgewährung, die unabhängig vom Haushaltseinkommen und allein abhängig von der Pflegebedürftigkeit ist, hat der Pflegeversicherung die Bezeichnung einer ‚Erbenschutzversicherung' eingebracht. Vermögen werden geschont, die vor Einführung der Pflegeversicherung zur Finanzierung der Pflege und der Heimunterbringung aufgewandt wurden (Ottnad, A. 2004).

5.2.4 Leistungen der sozialen Pflegeversicherung

5.2.4.1 Leistungen nach Leistungsart und Pflegestufe

495. Die Leistungen der Pflegeversicherung sind gegenüber den Leistungen der Sozialhilfe vorrangig, gegenüber so genannten Entschädigungsleistungen im Rahmen der Unfallversicherung und Leistungen gemäß dem Bundesversorgungsgesetz jedoch nachrangig. Vorrang vor Leistungen der Pflege haben grundsätzlich solche der Prävention und Rehabilitation.[110] Sowohl zur Vermeidung von als auch bei eingetretener Pflegebedürftigkeit sind diese gemäß § 5 Abs. 1 SGB XI von den Krankenkassen zu gewähren. Die beihilferechtlichen Vorschriften für Leistungen bei Pflegebedürftigkeit, die für Beamte maßgeblich sind, wurden weitgehend mit den Leistungen der Pflegeversicherung harmonisiert.

496. Die Pflegeversicherung umfasst die folgenden Leistungsarten:

- Pflegegeld,
- Pflegesachleistungen,
- Kombinationsleistungen,
- Urlaubspflege,
- Tages- und Nachtpflege,
- Kurzzeitpflege,
- vollstationäre Pflege und
- vollstationäre Pflege in Behindertenheimen.

497. Die genaue Höhe der je nach Pflegestufe gewährten Beträge zur Finanzierung der Pflege ist in Tabelle 53 dargelegt. Die Leistungen der Pflegeversicherung variieren entsprechend den Leistungsarten in Verbindung mit der jeweiligen Pflegestufe.

[110] Die Pflegekasse hat die Aufgabe, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu prüfen, die geeignet sind, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Träger der Rehabilitation ist bei pflegebedürftigen Menschen in der Regel die Krankenversicherung, somit ist das SGB V anzuwenden. Die Möglichkeiten der Pflegekassen, den Vorrang „Rehabilitation vor Pflege" durchzusetzen, sind jedoch begrenzt. Sie können lediglich auf die zuständigen Leistungsträger einwirken und Vorschläge unterbreiten. Die Pflegekasse hat keine gesetzliche Handhabe, festzulegen, ob und ggf. welche Maßnahmen durchgeführt werden sollen (vgl. Plute, G. 2002; Gutachten 2003, Band II, Kap. 5.2).

Tabelle 53

Leistungen nach Pflegestufe pro Monat

	Pflegestufe I	**Pflegestufe II**	**Pflegestufe III**
Leistungen bei häuslicher Pflege			
Pflegegeld	205 €	410 €	665 €
ambulante Versorgung in besonderen Härtefällen bis zu	384 € –	921 € –	1.432 € 1.918 €
Bei Verhinderung der Pflegeperson wegen Krankheit, Urlaub etc. wird bis zu vier Wochen im Jahr für die Verhinderungspflege bezahlt:			
bei erwerbsmäßiger Verhinderungspflege bis zu	1.423 €	1.423 €	1.423 €
bei Tages- und Nachtpflege in einer teilstationären Einrichtung bis zu	384 €	921 €	1.432 €
Leistungen bei stationärer Pflege			
stationäre Versorgung in besonderen Härtefällen bis zu	1.023 € –	1.279 € –	1.432 € 1.688 €
Wie bei der häuslichen Pflege muss der Versicherte die Kosten für Unterkunft und Verpflegung selbst tragen.			
Die genannten Leistungen werden dann nicht voll bewilligt, wenn eine der folgenden Regelungen greift: a) Die Pflegekasse darf im Durchschnitt nicht mehr als 15 339 € je stationär Pflegebedürftigem im Jahr ausgeben. Härtefälle werden nicht berücksichtigt. b) Der Versicherte muss mindestens 25 % des Heimentgelts selbst tragen.			

Quelle: SGB XI, eigene Darstellung

Die Leistungen der Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege umfassen:

- Pflegesachleistungen,
- Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen,
- Kombination von Geldleistungen und Sachleistungen,
- häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegepersonen und
- Pflegehilfsmittel und technische Hilfen.

498. Bei Pflegesachleistungen handelt es sich um die Finanzierung von hauptamtlichen Pflegekräften durch die Pflegeversicherung. Die Pflegebedürftigen nehmen diese Leistungen einer ambulanten Pflegeeinrichtung in ihrem Haushalt in Anspruch. Beim Pflegegeld lässt sich der Pflegebedürftige durch eine Pflegeperson seiner Wahl unterstützen. Der Pflegebedürftige kann sowohl Pflegesachleistungen als auch Pflegegeld wählen, die Höhe der Geldleistung hängt dann vom Ausschöpfungsgrad der Sachleistung ab. Bei Verhinderung einer Pflegeperson übernimmt die Pflegekasse einmal jährlich für bis zu vier Wochen die Kosten einer Ersatzpflegschaft bis zu einer Obergrenze von 1 432 €. Kann häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sicher gestellt werden, besitzen die Pflegebedürftigen einen Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege. Reicht auch die teilstationäre Pflege nicht aus, kann der Pflegebedürftige bis zu vier Wochen pro Kalenderjahr eine Kurzzeitpflege in einer vollstationären Einrichtung beanspruchen. Bei stationärer Pflege übernimmt die Pflegekasse die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen für soziale Betreuung und für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege als Sachleistungen bis zu 1 432 € monatlich. Bei Pflegebedürftigen der Stufe III kann die Pflegekasse bei außergewöhnlich hohem und intensivem Pflegeaufwand zur Vermeidung von Härten bis zu 1 918 € monatlich zur Verfügung stellen.

499. Die Hilfe und Unterstützung im häuslichen Bereich, auch als häusliche Krankenpflege bezeichnet, wird in Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sowie in Behandlungspflege unterteilt. Nach § 37 SGB V übernimmt die GKV neben der ärztlichen Behandlung dann häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist, oder wenn Krankenhausbehandlung durch häusliche Pflege verhindert oder verkürzt werden kann. Die Beurteilung, ob eine solche Situation vorliegt, hing stark von der individuellen Einschätzung der Gutachter ab. Daher hat der Gemeinsame Bundesausschuss eine Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege beschlossen, in der verordnungsfähige Maßnahmen aufgelistet werden (GBA 2004). Der Anspruch auf diese Leistungen besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen. Der Leistungskatalog umfasst:

- die Anleitung bei der *Grundpflege* in der häuslichen Umgebung. Der Patient, ein Angehöriger oder eine andere Person wird in der Durchführung einer Maßnahme angeleitet und unterstützt sowie im Hinblick auf das Beherrschen einer Maßnahme kontrolliert, um die dauerhafte Selbständigkeit zu sichern. Zu diesen Maßnahmen, die bis zu fünfmal verordnungsfähig sind, zählen
- Hilfe bei der Ausscheidung, z. B. durch Kontinenztraining, Toilettentraining, Reinigung des Harnröhrenkatheters, Reinigung und Versorgung des Urostomas oder Anus praeter,
- Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, z. B. durch Verabreichung von Sondenkost, Reinigung und Lageprüfung der Sonde,
- Hilfe bei der Körperpflege, z. B. Pflege der Augenprothese, An- und Ausziehen von Stützstrümpfen und maßgefertigten Bandagen, An- und Ablegen von Prothesen und Stützkorsetts.
- die *hauswirtschaftliche Versorgung*. Sie beinhaltet u. a. Besorgungen und Einkäufe (auch von Arzneimitteln), Mahlzeitenzubereitung, Wäschepflege und Reinigung der Wohnung.
- Leistungen im Bereich der *medizinischen Behandlungspflege*, die im Rahmen der häuslichen Pflege erbracht werden. Dazu gehören u. a. folgende Leistungskomplexe:
- Bronchialtoilette und Absaugen der oberen Luftwege,
- Anleitung bei der Behandlungspflege in der Häuslichkeit (verordnungsfähig sind bis zu zehn Anleitungen),
- Bedienung und Überwachung des Beatmungsgeräts,
- Blasenspülungen (nur verordnungsfähig bei durchflussbehinderten Dauerkathetern bis zu einer Dauer von drei Tagen), Dauerkatheterwechsel (alle drei bis vier Wochen),
- Blutdruckmessung bei Erst- und Neueinstellung eines Hypertonus (bis zu einer Dauer von sieben Tagen),
- Blutzuckermessungen bei Erst- und Neueinstellung eines Diabetes bzw. bei Fortsetzung der so genannten intensivierten Insulintherapie (bis zu drei Messungen täglich und bis zu einer Dauer von vier Wochen),
- Richten von Injektionen zur Selbstapplikation,
- Legen und Wechseln von Magensonden,
- Pflegen und Wechseln von Trachealkanülen und
- Anlegen und Wechseln von Wundverbänden sowie das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen (einmal täglich).

Ab dem 1. Juli 2007 sollen die Kosten für die medizinische Behandlungspflege in der stationären Betreuung von den Krankenkassen übernommen werden.[111]

[111] § 43b SGB XI wird neu gefasst und gilt rückwirkend ab dem 1. Januar 2005; siehe Bundesdrucksache 15/3609, Gesetz zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht.

500. Psychosoziale Bedürfnisse werden bei Pflegebedürftigkeit, die über Verrichtung und Zeitaufwand definiert wird, wenig berücksichtigt. Dies hat zur Folge, dass der Hilfebedarf von Menschen mit schweren Hirnleistungs- und/oder Verhaltensstörungen, deren Betreuung besonders hohen psychischen und physischen Einsatz der Pflegenden erfordert, nicht adäquat mit den gesetzlichen Kriterien für die Leistungsgewährung erfasst werden kann (siehe auch Abschnitt 5.8). Bei diesem Personenkreis besteht vielfach ein notwendiger allgemeiner Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf. Die Anleitung oder Beaufsichtigung dieses Personenkreises bei den Verrichtungen des täglichen Lebens (bei der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und der Hauswirtschaft) findet Berücksichtigung. Soziale Bedürfnisse, wie z. B. Gesprächskontakte, Akzeptanz der eigenen Person, Geborgenheit, Umsorgen und Umsorgtsein, können sich nur im Kontakt mit anderen Menschen erfüllen und werden im SGB XI nicht berücksichtigt (vgl. Brucker, U. u. Lürken, L. 2000). Eine vollständige Befriedigung dieser Bedürfnisse kann nicht Ziel eines Gesetzes sein, dennoch sollten sie in einem klar abgegrenzten Rahmen Berücksichtigung finden.

5.2.4.2 Wahl der Leistungsart und des Pflegearrangements

501. Deutlich mehr Pflegebedürftige als ursprünglich angenommen nehmen die für die Pflegekassen ‚kostengünstigeren' Geldleistungen in Form von Pflegegeld in Anspruch und organisieren selbständig Pflege im häuslichen Umfeld. 2001 bezogen 72,6 % der ambulant betreuten Pflegebedürftigen regelmäßig Geldleistungen. 12,2 % nahmen hingegen die ‚teureren' Sachleistungen in Form von Einsätzen professioneller Pflegedienste und 15,2 % Kombinationsleistungen in Anspruch. Der Anteil der Bezieher von Sach- oder Kombinationsleistungen hat seit 1995 von 15,9 % aller häuslich betreuten Pflegebedürftigen bis Ende 2001 auf 27,4 % zugenommen (Runde, P. et al. 2003).

502. Professionelle Pflege erhält eine größere Bedeutung in dem Maße, wie familiäre Pflegepotenziale abnehmen (vgl. Deutscher Bundestag 1998). So stehen Einpersonenhaushalte bei der Nutzung professioneller Leistungen sowohl bei Sachleistungen als auch bei kombinierten Leistungen an erster Stelle (Runde, P. et al. 2003). Dieser Trend wird sich voraussichtlich weiter verstärken. Nur 34 % der Deutschen zwischen dem 16. und 34. Lebensjahr betrachten es als ihre Pflicht, sich an der Pflege und Versorgung älterer Familienmitglieder zu beteiligen, bei den über 60-Jährigen sind es hingegen 59 % (Hanns-Seidel-Stiftung 2001).

503. Weiterer Gegenstand der Diskussion ist die mögliche Verwendung des Pflegegelds als Zusatzeinkommen, ohne damit die Pflege der pflegebedürftigen Person sicherzustellen (Igl, G. 1995). Als Indiz ließe sich anführen, dass das Pflegegeld oft direkt der Hauptpflegeperson zugeht. Entweder erhält der Familienangehörige das Geld direkt über die Pflegekassen, oder er hat Zugriff auf die Konten der pflegebedürftigen Person. Gegen die Annahme des Missbrauchs spricht jedoch, dass die Entscheidung über die Wahl der Leistung in den meisten Fällen von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen gemeinsam getroffen wird. Die vorhandenen Pflegekulturen und Orientierungen im familiären Bereich, nicht das Pflegegeld, haben steuernde Wirkung auf die Entscheidung zu pflegen (vgl. Runde, P. et al. 1996; Brömme, N. 1999; BMFSFJ 2002). Darüber hinaus stellen Evers und Rauch in einer Studie fest, dass Pflegende und Angehörige selten detailliert kalkulieren, wenn es um die Entscheidung ‚Geld- oder Sachleistung' geht (Evers, A. u. Rauch, U. 1997). Die Frage nach den besonderen Vor- und Nachteilen bei der Wahl der Leistungsart wird von den Betroffenen, die häufig mit der Bewältigung des Lebensalltags beschäftigt sind, oft gar nicht explizit gestellt.

504. Wissenslücken der Betroffenen und ihrer Angehörigen erschweren die Situation zusätzlich. Der Medizinische Dienst und die Krankenkassen verfügen nur selten über ausreichende Beratungszeit, um alle möglichen Alternativen in pflegerischer und sozialer Hinsicht zu erörtern. Informationsangebote sind auf organisatorische und rechtliche Fragen beschränkt. Die Betroffenen entscheiden sich früh für eine Leistungsart. Auch wenn die Festlegung auf Geld-, Kombinations- oder Sachleistungen nur für die Dauer von sechs Monaten verbindlich ist, zeigten Untersuchungen, dass eine einmal getroffene Entscheidung für ein Pflegearrangement selten rückgängig gemacht wird. Die Verknüpfung von Pflegegeld mit Beratungsleistungen[112] und c*are management* ist ein erster Ansatz zur Verbesserung der Situation (vgl. Runde, P. et al. 2003).

Bei der Entscheidung für Geldleistungen stehen für die Betroffenen die freie Verwendung des Geldes und die Möglichkeit der Selbstorganisation im Vordergrund (vgl. Runde, P. et al. 2003). Als weitere Argumente geben 88 % an, das Pflegegeld für die laufenden Pflegeausgaben zu verwenden. 78 % der Pflegebedürftigen scheuen die Pflege durch Fremde, so wird die Geldleistung als einzige wählbare Leistung empfunden (Schneekloth, U. u. Müller, U. 1999).

Sachleistungen werden meist nur in Anspruch genommen, wenn eine erhebliche Belastungssituation besteht. Der Anreiz der höheren Vergütung von Sachleistungen spielt nur eine untergeordnete Rolle. Sachleistungen bilden keine Alternative zur Pflege durch die Angehörigen, sondern dienen in erster Linie als Ergänzung, wenn die Anforderungen zu groß werden. Als Grund für die Wahl der Sachleistungen wird in 90 % der Fälle der Gesundheitszustand der pflegebedürftigen Person, der entsprechende Hilfen unverzichtbar macht, angeführt. Dies geschieht häufig auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes. 73 % der Pflegebedürftigen wollen eine Überlastung der Angehörigen verhindern bzw. 65 % wollen den Angehörigen nicht noch mehr zur Last fallen (Runde, P. et al. 1996).

---

[112] Nach § 37 Abs. 3 SGB XI haben Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, bei Pflegestufe I und II einmal im halben Jahr, bei Pflegestufe III alle drei Monate eine Beratung in der eigenen häuslichen Umgebung abzurufen. Diese Beratung wird durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung oder durch eine von der Pflegekasse beauftragte unabhängige Pflegefachkraft durchgeführt.

Bezieher von Kombinationsleistungen präferieren den Handlungsspielraum, der neben der professionellen Hilfe zusätzlich die Deckung laufender Aufwendungen oder eine kleine Aufwandsentschädigung für die private Pflege ermöglicht (vgl. Schneekloth, U. u. Müller, U. 1999). Der Anteil der Pflegebedürftigen, die Kombinationsleistungen nachfragen, wird wahrscheinlich in den kommenden Jahren zunehmen. Der Teil der Pflegebedürftigen, die zu Angehörigen ziehen, ist rückläufig und die Organisation der Pflege in der eigenen Wohnung wird dem Umzug in ein Heim vorgezogen (Runde, P. et al. 2003).

505. Teilstationäre Leistungen werden meist auf Empfehlung der beratenden Pflegefachkräfte oder des Medizinischen Dienstes in Anspruch genommen. Von vielen Angehörigen wird diese Form der Versorgung gegenüber der stationären Betreuung als individueller empfunden, da sie die Mitgestaltung des Alltags besser ermöglicht. Auch der Übergang zur stationären Pflege gestaltet sich über die teilstationäre Pflege für die Pflegebedürftigen wie auch für die Pflegenden angenehmer (vgl. Schneekloth, U. u. Müller, U. 1999). Die gegenwärtigen Pflegeangebote sind jedoch wenig geeignet, offenere Pflegearrangements[113] zu fördern.

Die meisten Pflegebedürftigen wünschen sich Pflege in der häuslichen Umgebung. Neben der weitgehenden Erhaltung der Selbstbestimmung ist die häusliche Pflege in der Regel für beide Seiten auch preisgünstiger als stationäre Pflege. Die Zahlungen der Pflegeversicherung für stationäre Pflege bei Pflegestufe I betragen mehr als das Doppelte im Vergleich zur ambulanten Pflege und mehr als das Fünffache im Vergleich zum Pflegegeld. Trotz der höheren Zahlungen bei stationärer Pflege reicht die Rente des Pflegebedürftigen in der Mehrzahl der Fälle nicht aus, um die gesamten Kosten zu decken. Deshalb sind immer mehr Pflegebedürftige und ihre Angehörigen in der ambulanten Pflege bereit, auf illegal arbeitende Pflegekräfte zurückzugreifen.

506. Durch die EU-Osterweiterung ist das Angebot an Pflegekräften stark gewachsen. Die Freizügigkeit für Arbeitnehmer aus den so genannten ‚Beitrittsstaaten' wird in Deutschland zwar erst nach einer Übergangsfrist von maximal sieben Jahren[114] gewährleistet, die Dienstleistungsfreiheit ist jedoch mit dem Beitritt in Kraft getreten. Dies bedeutet, dass Selbstständige ihre Dienstleistungen vorübergehend (maximal sechs Monate pro Jahr) anbieten können. Sie benötigen keine Arbeitserlaubnis. Die Pflegekräfte aus den Beitrittsstaaten haben sich meist in ihrem Heimatland selbständig gemacht, dort sind sie auch kranken- und rentenversichert. Sie bieten ihre Leistungen zu einem monatlichen Pauschalbetrag an, der meist zwischen 800 und 1 300 € bei freier Kost und Unterbringung liegt. In der Regel bleibt die Pflegekraft nicht länger als drei Monate in Deutschland, da ein Aufenthalt bis zu drei Monaten ohne Aufenthaltserlaubnis möglich ist.

Vermittlungsagenturen im Pflegebereich nutzen die seit dem 1. April 2004 bestehende Dienstleistungsfreiheit und vermitteln Pflegepersonal aus Polen und Tschechien. Die Nachfrage ist sowohl in privaten Pflegehaushalten als auch in geriatrischen Einrichtungen und Pflegediensten groß. Die wachsende Zahl Demenzkranker, aber auch die Einführung der Fallpauschalen (DRG) in den Krankenhäusern und die daraus resultierenden früheren Entlassungen von Patienten, steigern die Nachfrage nach einer Rund-um-die-Uhr-Betreuung im Pflegefall (Richter, E. 2004).

Um die illegale Beschäftigung einzudämmen, können seit dem 1. Januar 2005 hauswirtschaftliche Hilfen aus Osteuropa für drei Jahre eine Arbeitserlaubnis in Haushalten mit Pflegebedürftigen erhalten.[115] Die Vermittlung dieser Arbeitskräfte darf nur über die Agenturen für Arbeit erfolgen. Die Arbeit der Haushaltshilfen ist in vollem Umfang sozialversicherungspflichtig.[116]

Auch trotz der neuen Möglichkeit, in Deutschland als selbständige Haushaltskraft/Pflegefachkraft aufzutreten, werden weiterhin viele osteuropäische Pflegehilfen illegal arbeiten.[117] Experten schätzen, dass zur Zeit ca. 50 000 bis 60 000 polnische Pflegehilfen in diesem Arrangement leben. Dabei soll es sich mehrheitlich um Fachpersonal handeln. Für die illegal arbeitende Pflegehilfe spricht aus Sicht des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen, dass sie für etwa 500 bis 800 € plus Unterbringung und Verpflegung zur Verfügung steht, ein deutscher Pflegedienst hingegen für eine 24-Stunden-Betreuung durchschnittlich 3 000 bis 5 000 € pro Monat berechnet. Anerkannte Dienste haben aufgrund des tariflich festgelegten Lohns keine reelle Chance, auch nur an-

[113] Offene Pflegearrangements lassen den Wechsel zwischen einzelnen Leistungsarten problemlos zu, so dass sich Änderungen im ‚Pflegemix', dem Arrangement aus beruflichen und nichtberuflichen Helfern, je nach Versorgungsbedarf und Konstellation zeitnah in der Pflege niederschlagen.

[114] Die bisherigen EU-Mitgliedsländer haben in dieser Übergangszeit die Möglichkeit, die Zuwanderung von Arbeitskräften aus den neuen Mitgliedsstaaten durch die Vergabe von Arbeitserlaubnissen zu begrenzen. Deutschland macht von dieser Möglichkeit Gebrauch. Jeder Bürger der neuen EU-Staaten (außer Malta und Zypern), der einen Arbeitsvertrag mit einem deutschen Arbeitgeber schließen möchte, benötigt grundsätzlich noch mindestens zwei Jahre eine Arbeitserlaubnis, die vor Aufnahme der Beschäftigung vom Arbeitgeber einzuholen ist. Zwei Jahre nach Beitritt sowie nach drei weiteren Jahren muss die EU-Kommission darüber informiert werden, ob die Beschränkungen aufrecht erhalten werden. Danach ist die letztmalige Verlängerung um zwei weitere Jahre möglich.

[115] § 21 der ‚Verordnung über die Zulassung von neu einreisenden Ausländern zur Ausübung einer Beschäftigung' (Beschäftigungsverordnung – BeschV) vom 22. November 2004; BGBl. I 2004 Nr. 62, S. 2937, ausgegeben zu Bonn am 2. Dezember 2004.
Die Nachfrage nach diesen Beschäftigungsverhältnissen ist jedoch nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit gering. Insgesamt sind bundesweit bis Mitte Februar 2005 nur 107 Verträge mit Haushaltshilfen geschlossen worden.

[116] Im Arbeitsvertrag ist das Gehalt den tariflichen und ortsüblichen Bedingungen entsprechend festzulegen, in Baden-Württemberg wären dies nach Angaben der Arbeitsagentur z. B. 1 177 € und in Bremen 967 €. Der Abzug für Unterkunft und Kost darf nicht mehr als 365,37 € betragen.

[117] Diese Pflegekräfte halten sich in der Regel länger als drei Monate am Stück in Deutschland auf, ohne eine Aufenthalts- oder Arbeitserlaubnis zu haben.

nähernd mit den Angeboten auf informellen Märkten zu konkurrieren.

507. Die Gefahren des illegalen Pflegemarktes sind deutlich: Verzerrung des Wettbewerbs der Pflegeanbieter, Verletzungen der Gesetze und evtl. Einbußen bei der Qualität. Diese dürften jedoch nicht so gravierend ausfallen wie auf den ersten Blick angenommen, da es sich bei den illegal arbeitenden Pflegekräften oft um Fachkräfte handelt. Übersehen werden kann aber auch nach zehn Jahren Pflegeversicherungsgesetz nicht, dass der reguläre Pflegemarkt vor allem für eine Rund-um-die-Uhr-Pflege sehr teuer und die Last der menschenwürdigen Versorgung pflegebedürftiger Familienmitglieder sehr groß ist. Eine beachtliche Anzahl von Betroffenen entscheidet sich aus finanziellen Gründen für illegal arbeitende Pflegekräfte, weil dies für sie die einzige finanzierbare Möglichkeit zur Wiedererlangung von Lebensqualität ist.

5.2.4.3 Das Begutachtungsverfahren

508. Dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) kommt eine zentrale Bedeutung hinsichtlich einer Beurteilung des Gesundheitszustandes bzw. des Grades der Pflegebedürftigkeit und der Entscheidung über die Pflegestufe zu.[118] Der MDK ist eine Einrichtung der Kranken- und Pflegekassen, die Ärzte und Pflegefachkräfte sind jedoch weder an Weisungen der Versicherer noch der Versicherten gebunden.

509. Neben der Begutachtung, ob ‚erhebliche Pflegebedürftigkeit' im Sinne des SGB XI vorliegt, ist vom MDK auch der Grundsatz ‚Rehabilitation vor Pflege' zu prüfen. Mit der Einführung der Begutachtungs-Richtlinien im Juli 1997 wurde die als kleiner Fortschritt einzustufende Berücksichtigung des Pflege- und Unterstützungsbedarfs in der Grundpflege erreicht. Aus den Erfahrungen von 7 Mio. Gutachten hat der MDK in Zusammenarbeit mit ärztlichen wie pflegerischen Experten eine Bewertung entwickelt, die den Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und ihren Angehörigen gerecht werden soll (Brucker, U. u. Lürken, L. 2000).

510. Bei erheblicher Pflegebedürftigkeit werden nicht nur Leistungen durch die Pflegekasse zuerkannt, sondern vom MDK auch ein ‚Pflegeplan' erstellt. Die Aufstellung eines guten Pflegeplans, der sich gezielt an den Stärken und Potenzialen der einzelnen Betroffenen ausrichtet, bedarf neben Zeit – die gegenwärtig selten zur Verfügung steht – pflegerischer Erfahrung. Der MDK hat also nicht nur die gesundheitliche Situation festzustellen, wie es seinen traditionellen Aufgaben entspricht, sondern übernimmt auch Aufgaben der Krankenpflege. Zur Unterstützung bei diesen Aufgaben nehmen neben Ärzten auch Pflegefachkräfte Begutachtungen vor. Im Vorfeld wird je nach zu erwartendem Schwerpunkt der Begutachtung entschieden, ob ein Arzt, eine Pflegefachkraft oder beide den Hausbesuch durchführen. Hierfür sind die Unterlagen des behandelnden Arztes, insbesondere des Hausarztes, von wesentlicher Bedeutung und die Informationen der Pflegenden und Angehörigen sehr hilfreich. Die anhand des Gutachtenformulars vorzunehmende Bewertung folgt schwerpunktmäßig dem Grundkonzept der ‚Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit' (ICF). Die an der Begutachtung beteiligten Ärzte und Pflegekräfte werten die oft gemeinsam erhobenen Befunde und sonstigen Informationen aus. Die Pflegekasse entscheidet ihrerseits auf der Grundlage des Ergebnisses der Begutachtung über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und über die Pflegestufe.

511. Bei den Versicherten, die sich nicht als Bittsteller und Leistungsempfänger verstehen, überwiegt mehrheitlich eine positive Einstellung zum Verfahren. 71,6 % sind mit dem Verfahren der Begutachtung einverstanden. Allerdings bescheinigen 8,3 % der Befragten dem Medizinischen Dienst fehlende Kompetenz und 8,4 % geben Konflikte an. Über 30 % der Begutachteten bemängeln, dass kaum Kommunikation stattgefunden hat. Für jeden Sechsten ist die Begutachtung unverständlich geblieben (vgl. Runde, P. et al. 2003).

Den obligatorischen Beratungsbesuch empfinden 58 % der Befragten als hilfreich. 70 % geben an, hilfreiche Tipps erhalten zu haben, 35 % berichten, dass der Beratungsbesuch das Gefühl der Kontrolle vermittelt (vgl. Runde, P. et al. 2003).

512. Die Begutachtung ist eine soziale Interaktion, in der Werthaltungen, Rollenerwartungen, Deutungsmuster und die Interaktionskompetenzen des Begutachters Einfluss nehmen und in einem Aushandlungsprozess ein Ergebnis erzielt wird[119] (Simon, M. 2004). Wie stark soziale Parameter die Einstufung beeinflussen, verdeutlichen folgende Fakten: Männern werden über alle Altersgruppen hinweg höhere Pflegestufen als Frauen zuerkannt. Neben dem Geschlecht scheint die soziale Schicht Einfluss auf die bewilligten Pflegeminuten zu haben. In der ambulanten Pflege wird die Pflegestufe III besonders häufig in Siedlungsräumen genehmigt, die durch einen hohen Anteil von Eigenheimen gekennzeichnet sind (Dinkel, R. H. et al 1997; Brömme, N. 1999; Pritzkuleit, R. u. Erben, C.M. 2001).

513. Auch die Anwesenheit von professionellen Pflegekräften hat Einfluss auf die Pflegestufe. Vor allem im ambulanten Bereich wird im Begutachtungsverfahren auf die Aussagen der externen Pflegekräfte zurückgegriffen. Sie können die Relevanz der Fragen besser einschätzen und strukturierte Aussagen liefern, die die Beurteilung

[118] Für die Versicherten der privaten Pflegepflichtversicherung wird die Prüfung auf Pflegebedürftigkeit durch ‚medicproof' durchgeführt. ‚Medicproof' ist eine selbstständige und fachlich unabhängige Organisation, die zu 100 % vom Verband der privaten Krankenversicherung getragen wird.

[119] Durch die Einführung der Beurteilungsrichtlinien 1997 haben sich die Beurteilungsergebnisse in den einzelnen Bundesländern einander angenähert, dennoch schwanken sie vor allem im ambulanten Bereich. So lag z. B. die Ablehnungsquote bei ambulanter Erstbegutachtung im Jahr 2000 in Berlin/Brandenburg bei 43,9 %, in Thüringen dagegen bei 28,6 %. Bei der stationären Erstbeurteilung erhielten z. B. in Baden-Württemberg 4,2 % der Antragsteller die Pflegestufe III, in Bremen dagegen 16,3 %, in Sachsen wurden 11,2 % als nicht pflegebedürftig eingeschätzt, in Hamburg 26,3 % (MDS 2002).

vereinfachen (MDS 2002). Die kommunikativen Prozesse zwischen dem MDK und den familiären Unterstützungsnetzwerken bleiben jedoch weitgehend ungenutzt, d. h. die Ergebnisse dieser Kommunikation erreichen die Pflegenden in der Regel nicht. In vielen Fällen kann im Konsens die Pflegediagnose vereinbart werden. Empfehlungen bezüglich möglicher Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen werden erteilt. Aufgrund der Struktur der Pflegeversicherung werden die Vorschläge zur Organisation und Qualität der Pflege, die von Betroffenen und ihren Angehörigen vorgebracht werden, nicht umgesetzt (Runde, P. et al. 2003).

5.3 Die Wirkungen des Pflegeversicherungsgesetzes auf Anspruchsberechtigte

5.3.1 Beurteilung des Pflegeversicherungsgesetzes durch Anspruchsberechtigte und Zufriedenheit mit den Leistungen

514. Die überwiegende Mehrheit der Betroffenen (87 %) beurteilt die Pflegeversicherung positiv, Reklamationen oder Beschwerden haben 14 % schon einmal vorgebracht.[120] Mit der Einstufung in der Pflegeversicherung sind 60 % der Pflegebedürftigen zufrieden. Ein Drittel ist mit seiner Einstufung nicht einverstanden, wobei der Anteil der Unzufriedenen in der Pflegestufe I erwartungsgemäß mit 42 % am höchsten ist (Deutscher Bundestag 2001). Der überwiegende Anteil an Zufriedenen schließt nicht aus, dass die häusliche Pflege in verschiedener Hinsicht deutliche Belastungen hervorruft. Als signifikante Prädiktoren für Unzufriedenheit lassen sich folgende Faktoren bestimmen:

– Pflege, die als stark belastend empfunden wird, insbesondere die Pflege von psychisch veränderten Pflegebedürftigen und

– Pflegehaushalte mit bewilligter Stufe I.

Seit längerer Zeit bestehen Bemühungen, die Bewertungen gesundheitlicher Dienstleistungen aus der Sicht der Nutzer zu erforschen (vgl. Gutachten 2003 zu den Möglichkeiten einer Kompetenzsteigerung der Nutzer durch Beratung und Information). Meist geben ältere Menschen eine höhere Zufriedenheit mit Gesundheitsdienstleistungen als Angehörige jüngerer Altersgruppen an. Zudem hängen Zufriedenheitsaussagen und Bildungsgrad eng zusammen – je höher der Bildungsgrad, desto häufiger wird Unzufriedenheit geäußert (Aust, B. 1994; Owens, D.J. u. Batchelor, C. 1996). Der Gesundheitszustand des Befragten ist ein ebenso wichtiger Parameter. Die Zufriedenheit korreliert mit der wahrgenommenen Verbesserung des Gesundheitszustands, d. h. je kränker sich ein Mensch wahrnimmt, desto häufiger gibt er an, mit der Versorgung unzufrieden zu sein (Aust, B. 1994). In den meisten Fällen verdeutlichen Befragungen nicht die Unterschiede der Einrichtung, sondern die Unterschiede in der Bewohnerstruktur (Schönberg, F. u. Schnabel, E. 2002). Generell werden Unzufriedenheit und Kritik von Pflegebedürftigen häufig verschwiegen bzw. erst nach intensiver Nachfrage vorgebracht. Die Beziehung zu den Pflegekräften scheint eine wichtige Rolle bei der Bewertung zu spielen. Wird Kritik geäußert, bezieht sie sich in erster Linie auf die Rahmenbedingungen des Leistungsgeschehens, selten aber auf die Pflegekräfte und deren Handeln. Bei Pflegeheimbewohnern, die zu den Themen Wohnen, Umgang, Hauswirtschaft, sozialer Dienst, Heimleitung und Schnittstellen der Versorgung befragt wurden, ließen sich Ausgangspunkte für Verbesserungsmaßnahmen in erster Linie durch Minderheitenantworten gewinnen. Die Mehrheit der Antworten sind von einem so hohen Grad an Zufriedenheit, dass sie nicht als Grundlage dienen können (Schönberg, F. u. Schnabel, E. 2002).

Theoretisch müsste die Zufriedenheit der Bewohner mit der Pflegequalität positiv korrelieren. Unter dieser Annahme könnten Lebensqualität und Zufriedenheit als Indikator für Pflegequalität dienen. Empirische Untersuchungen zeigen jedoch oftmals keinen Zusammenhang zwischen diesen Parametern (Rubinstein, R.L. 1999; Müller, K. u. Thielhorn, U. 2000). Dies hängt vermutlich damit zusammen, dass die Befragten weniger ihre Zufriedenheit mit der Einrichtung formulieren, als vielmehr ihr Leben beurteilen. Ihre Bewertungen beziehen sich weniger auf die Einrichtung als auf den jetzigen Lebensstil (Rubinstein, R. L. 1999; Maslow, K. 2000). Angehörigenbefragungen könnten ein probateres Mittel sein, um die Qualität der Pflege zu messen. Die Pflegeforschung sollte in diesem Bereich intensiviert werden.

515. Die Übernahme von Pflege wird von mehr als 80 % der Pflegenden weiterhin als Belastung empfunden. 40 % der Befragten äußern sogar eine sehr starke Belastung, wobei es vor Einführung der Pflegeversicherung 48 % waren (Schneekloth, U. u. Müller, U. 1999).

Es überrascht nicht, dass in allen drei Pflegestufen Sachleistungsempfänger seltener Belastungen benennen als Geldleistungsempfänger. Unklar bleibt, warum die Pflegebedürftigen, die Kombinationsleistungen in Anspruch nehmen (in Pflegestufe II und III), die Belastung der Pflegeperson am häufigsten als sehr hoch einschätzen. Die vorrangige Motivation für die Inanspruchnahme von Kombinationsleistungen scheint die optimale Nutzung aller zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zu sein. Oft werden Kombinationsleistungen gewünscht, wenn die Versorgung mit Hilfe des Pflegegeldes nicht organisiert werden kann oder die Angehörigen die durch die Pflege entstehenden Belastungen unterschätzt haben. Der Pflegebedürftige und die Angehörigen treten an die ambulanten Pflegedienste nicht mit dem Ziel heran, einen optimalen Pflegemix zu erwerben, sondern wollen meist einzelne Leistungen einkaufen. Hierbei bestimmt maßgeblich der Preis und nicht der Bedarf die Einkaufsentscheidung. Professionelle Hilfe ist zwar erforderlich, wird aber aufgrund ökonomischer Überlegungen nicht mehr

[120] Bei diesem überaus positiven Meinungsbild ist allerdings zu berücksichtigen, dass bei den Befragten nicht diejenigen vertreten sind, deren Antrag abgelehnt wurde. Die Bewilligungsquote in den Jahren von 1995 bis 2001 betrug zwischen 70,8 % und 79 % (BMGS 2004).

nachgefragt, ohne dass ein entsprechender Ausgleich durch informelle Hilfe erfolgt (vgl. Brömme, N. 1999; Runde, P. et al. 2003).

516. Obwohl sich die finanzielle Situation für die Pflegehaushalte verbessert hat, sind diese offensichtlich selten bereit, eigene finanzielle Mittel in die Pflege zu investieren. Eher verzichten Betroffene auf personelle Entlastung und Lebensqualität. Sie erbringen die Pflegeleistungen selbst oder die Pflege wird mit insgesamt weniger Leistungen durchgeführt. Über die Hälfte der Betroffenen sieht den Staat in der Pflicht, sich finanziell stärker für die häusliche Pflege zu engagieren. Zusätzlicher Bedarf wird von den Betroffenen besonders bei Pflegedienst- und Geldleistungen gesehen. Rund zwei Drittel der Haushalte sprechen sich für eine Anpassung der Leistungen an das Einkommen aus: Haushalte mit niedrigem Einkommen sollten mehr Leistungen erhalten, Haushalte mit hohem Einkommen weniger. Diese Meinung ist maßgeblich geprägt von der konkreten Einkommenssituation (Runde, P. et al. 2003).

517. Die Betroffenen geben an, dass ihre Bereitschaft zur Übernahme von Pflege auch durch die Zahlung von Pflegegeld beeinflusst wird, obwohl die Einstellungen zur Pflege immer noch stark moralisch geprägt sind. Nur 40 % der Pflegebedürftigen sind der Meinung, dass ihnen die Leistungen zustehen und lediglich 51 % der Pflegenden meinen, dass mit der Pflegeversicherung die Anerkennung für sie verbunden ist, die sie verdienen. Die Forderung nach angemessener Vergütung schließt die moralische Verpflichtung zur Pflege nicht aus. Die Pflege von Angehörigen wird von 52 % der Befragten als moralische Verpflichtung empfunden (Runde, P. et al. 2003).

5.3.2 Effekte auf Pflegearrangements

518. Im häuslichen Bereich lassen sich verschiedene Arten von Pflegearrangements erkennen, bei deren Ausgestaltung Aspekte des Marktgeschehens eine Rolle spielen:

- Die häusliche Pflege wird ausschließlich im informellen System (Familie, weitere soziale Netze) bei Nutzung der Geldleistungen erbracht.
- Leistungen der Familie und anderer privater Unterstützungsnetze werden ergänzt um Leistungen des ‚grauen Marktes', d. h. Leistungen, die nicht reguliert oder staatlich kontrolliert werden und sich so unterhalb des offiziellen Preisniveaus der Pflegedienstleistungen etablieren können (siehe auch Abschnitt 5.2.4.2).
- Die Basisversorgung ist über Geld- und Sachleistungen ganz oder teilweise abgedeckt, diese werden meist bei ambulanten Pflegediensten eingekauft. Die Vergütungsstruktur und -höhe sind vertraglich geregelt.
- Der Bedarf, der über die Basisversorgung hinausgeht, oder die zusätzlich gewünschten Leistungen werden auf dem Markt der Pflegedienstleistungen und bei voller ‚Nutzersouveränität' aus eigenen Mitteln finanziert (Schmidt, R. 1999).

519. Bei der Ausgestaltung häuslicher Pflegearrangements kann der Pflegebedürftige im Sinne des souveränen Nutzers bei Pflegediensten auftreten oder die Pflegeangebote nutzen, die Dritte für sinnvoll erachten. Bei Wahl der zweiten Position wird die Entscheidung über die Ausgestaltung der Pflege häufig wegen Überforderung an Fachkräfte delegiert. Generell nimmt jedoch die Anzahl der Pflegebedürftigen zu, die selbst Einfluss auf die Inhalte der Pflege nehmen wollen (Schmidt, R. 1999). Beobachtungen im europäischen Ausland zeigen, dass sich vergleichbares Verhalten mit dem Wunsch nach mehr Markt im Gesundheits- und Pflegebereich sowohl in England wie auch in den Niederlanden einstellte (vgl. Evers, A. 1995).

520. Bisher hat sich allerdings in der Bundesrepublik Deutschland trotz der Möglichkeiten, die das Pflege-VG eröffnet, an der Konstellation der häuslichen Pflege auffallend wenig geändert. Die vorhandenen Pflegekulturen im familiären Bereich steuern die Wirkungen der Geldleistung und nicht umgekehrt. Der bereits im Rahmen der Infratest-Repräsentativerhebung 1991 ermittelte Anteil von 33 % aller Pflegebedürftigen, die Leistungen von ambulanten sozialen Diensten in Anspruch nehmen, ist im Laufe der Jahre annähernd gleich geblieben (Brömme, N. 1999; Schneekloth, U. u. Müller, U. 1999; Runde, P. et al. 2003). Bei bisher im Wesentlichen konstantem Anteil der Inanspruchnahme von professionellen ambulanten Hilfen hat sich jedoch der Umfang der erbrachten Leistungen durch (mehrfach) täglich gegebene Hilfen gegenüber vorher mehrfach wöchentlichen Hilfen deutlich erhöht (Schneekloth, U. u. Müller, U. 1999, Runde et al. 2003).

Die staatlichen Unterstützungsleistungen sind für 44 % der Bezieher unerlässlich und damit ein Entscheidungskriterium für die häusliche Pflege. Die Motivation dazu liegt aber auf einer anderen Ebene als der finanziellen (vgl. Brömme, N. 1999). So ziehen Betroffene eine deutliche Grenze zwischen Wünschenswertem und dem, was sie als staatliche Einmischung bezeichnen. Dies artikuliert sich z. B. in der Meinung von 47 % der Befragten, die die Festlegung der Pflegeart als reine Privatangelegenheit betrachten (Runde, P. et al. 2003).

521. Die von Rothgang im Jahr 1997 prognostizierte nachhaltige Wirkung auf die Pflegearrangements hat offensichtlich noch nicht im erwarteten Maße eingesetzt. In der häuslichen Pflege sollte die Wertschätzung professioneller Dienste durch das Pflege-VG steigen. Der abnehmenden Pflegebereitschaft der Angehörigen sollte durch Aufwertung der Pflege entgegengewirkt werden. Ebenso sollten Substitutionsprozesse, ausgelöst durch die unterschiedlichen Höhen für Geld- und Sachleistungen, die den Sachleistungsbezug begünstigen und wie eine Subventionierung professioneller Angebote wirken, verlangsamt werden (Rothgang, H. 1997).

Der befürwortete und erwartete Strukturwandel von Pflegearrangements bleibt aber bisher aus. Der Strukturtyp ‚Pflegemix', an dem berufliche und nichtberufliche Helfer beteiligt sind, bildet noch immer eher die Ausnahme. Die Hauptverantwortung für die häusliche Pflege liegt

weiterhin in der Familie. Dafür sprechen ebenfalls die – im Vergleich zur Situation vor Einführung der Pflegeversicherung – stabil gebliebenen Strukturen der privaten Hauptpflegepersonen (Runde, P. et al. 2003).

522. Die durch das Pflege-VG veränderten Rahmenbedingungen und zahlreiche andere Interventionen, wie etwa Begutachtung und Beratung durch den MDK, Pflegeberatung im Rahmen der so genannten Pflegekontrollbesuche, Beratung durch die Pflegekassen sowie Pflegekurse haben bislang keine nachweisbaren Veränderungen auf das familiäre Pflegeverhalten gehabt (vgl. Blinkert, B. u. Klie, T. 1999; Brömme, N. 1999; Runde, P. et al. 2003). Die Bereitschaft, im Familienkreis Pflege zu übernehmen, ist nach wie vor hoch. Der Wunsch der Pflegebedürftigen, von Angehörigen gepflegt zu werden, ist von 63 % in 1997 auf 57 % im Jahr 2002 leicht zurückgegangen (Runde, P. et al. 2003).

Der Rückgang ist nur bedingt mit einem Wertewandel in der Gesellschaft zu erklären. Die Übernahme von Pflegetätigkeit korrespondiert mit Erfordernissen berufstätiger oder entfernt lebender Angehöriger nur schwer, weil sie einer zunehmenden notwendigen Mobilität dieser Familienangehörigen entgegensteht. Bisher kooperieren die professionellen und familialen Helfer selten gut miteinander, meist besteht die Tendenz, sich in der Pflege abzulösen (Schaeffer, D. 2004). Gerade Maßnahmen, die die ambulante mit der stationären Pflege stärker verknüpfen, konnten sich bisher nicht am Markt etablieren. In Pflegeheimen könnte es neben der rein stationären Pflege Bereiche geben, in denen Familienangehörige in Absprache mit professionell Pflegenden den Pflegebedürftigen versorgen. Betreuungs- und Pflegeleistungen von Angehörigen könnten in die Heimpflege integriert oder Betreuungspakete von außen mit der Heimbetreuung vernetzt werden. So könnten die strenge Trennung von ambulanter und stationärer sowie häuslich familialer Betreuung aufgehoben und Angehörige auch bei stationärer Pflege eingebunden werden.

523. Unklar ist, welche Maßnahmen Effekte auf die Pflegearrangements gezeigt haben und wie gut das vorhandene Informationsmanagement ist. Eine Umfrage unter AOK-Versicherten, die ambulante und teilstationäre Leistungen erhielten, ergab, dass Informationsquellen über die Pflegeversicherung und ihre Leistungen im Vergleich zum Jahr 1997 im Jahr 2002 signifikant seltener genutzt wurden. Über die Hälfte der Versicherten informierte sich durch Material, das von den Kranken- und Pflegekassen herausgegeben wird. Auffällig jedoch ist, dass 26 % der Pflegehaushalte überhaupt keine Informationsquellen genutzt haben. Im Jahr 2002 fühlten sich nur 20 % gut informiert, das sind 5 % weniger als noch 1997, die Mehrheit fühlte sich aber zumindest ausreichend informiert (Runde, P. et al. 2003).

5.3.3 Belastung und Vergütung von pflegenden Angehörigen

524. Die Pflegeversicherung gibt sowohl in ihrer Konzeption als auch in ihren Leistungen den besonderen Beitrag pflegender Angehöriger[121] wieder (vgl. Klie, T. 1999b). Sie hat neue Möglichkeiten eröffnet, wie z. B. die Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege, die zur Entlastung der familiären Pflege beitragen. Dennoch verbleibt die Hauptlast der Pflege u. a. durch die Leistungsbegrenzungen auch weiterhin bei den informellen und freiwilligen Helfern, in der Regel also bei den Familienangehörigen. Durch die mehrheitliche Entscheidung der Pflegenden, Geld- statt Sachleistungen zu beziehen, erhalten sie keine körperliche und psychische Entlastung. Die bekannten Probleme pflegender Angehöriger, wie dauerhafte Überlastung, gesundheitliche Schäden, Anspannung und Frustrationen, scheinen durch die Einführung der Pflegeversicherung trotz zusätzlicher Beratungsangebote und Anleitung zur Versorgung Pflegebedürftiger (§ 45 SGB XI) subjektiv nur zu geringfügigen Verbesserungen geführt zu haben. Eine bessere Unterstützung bei der Wahl und Kombination der Leistungen könnte diese Belastung verringern (Freese, G. 1998; Zeman, P. 2000; Runde, P. et al. 2003).

Weiterhin ist bei einem großen Teil der Pflegepersonen (fast 50 %) von einer hohen körperlichen und psychischen Belastung durch die Pflege auszugehen, erwartungsgemäß vor allem bei Angehörigen, die Pflegebedürftige der Stufe III versorgen (Runde, P. et al. 1996). Pflegebedürftige und Angehörige werden oft auch finanziell stark belastet, z. B. muss ein stationär untergebrachter Pflegebedürftiger in der Pflegestufe I in den alten Bundesländern im Durchschnitt pro Monat ca. 1 100 € der Pflegeheimkosten selber tragen, in der Pflegestufe III sind es ca. 1 580 € (VdAK 2004).[122] Diese unterschiedlichen Zuzahlungsbeträge können dazu führen, dass Pflegebedürftige und ihre Angehörigen aufgrund finanzieller Erwägungen eine höhere Einstufung trotz Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu verhindern versuchen (vgl. Weidner, F. et al. 2003).

525. Bei einem festgestellten zeitlichen Aufwand der Hauptpflegeperson für die Pflege von 60,6 Stunden pro Woche in Stufe III, von 49,5 Stunden in Stufe II und 37,9 Stunden in Stufe I ist die Nennung von Belastungen nicht verwunderlich. Pflegen bedeutet, für den pflegebedürftigen Angehörigen insgesamt da zu sein, sowohl für alltagspraktische, nicht pflegerelevante Tätigkeiten als auch im Rahmen der emotionalen Betreuung (Runde, P. et al. 1996). Die belastende Situation, die durch Pflege entstehen kann, wirkt sich nicht nur auf die Angehörigen aus. Auch die Pflegebedürftigen realisieren, dass sie eine ungewollte Belastung für ihre Angehörigen darstellen. Die häusliche Pflegesituation ist nicht selten durch Erschöpfungs- und Belastungszustände gekennzeichnet, die

[121] Nach dem Pflege-VG gelten Personen, „die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 in seiner häuslichen Umgebung pflegen“ (§ 19) als Pflegepersonen. Die ursprünglich festgelegte Einschränkung auf wenigstens 14 Stunden Pflege wöchentlich wurde im 1. SGB XI-ÄndG aufgehoben, markiert aber nach wie vor die Voraussetzung für einen Leistungsanspruch zur sozialen Sicherung.

[122] In den Beträgen für die Heimunterbringung sind sowohl die Unterkunfts- als auch die Verpflegungskosten eingeschlossen.

zu mangelnder Qualität und Unterversorgung führen können (Schaeffer, D. et al. 2003).

Derzeit leben ca. 70 % der Pflegebedürftigen im häuslichen Bereich, 27 % in vollstationären Einrichtungen und weitere 3 % in Behinderteneinrichtungen (Schneekloth, U. 2002).

526. Die Pflegeversicherung stellt den Pflegebedürftigen mit den Geldleistungen finanzielle Mittel für die ‚Bezahlung' von Pflegeleistungen, die in der Regel von Mitgliedern des informellen Umfeldes geleistet werden, zur Verfügung. Für die geleistete Versorgung und Unterstützung findet keine direkte Entlohnung der Pflegeperson über die Pflegeversicherung statt. Dadurch kann im Zusammenhang mit der Vergütung der Pflegeleistungen unter Umständen eine Abhängigkeit der Pflegeperson vom Pflegebedürftigen entstehen, denkbar ist jedoch auch, dass Pflegepersonen sich Pflegeleistungen bezahlen lassen, die gar nicht erbracht werden. Für die Zufriedenheit des Pflegebedürftigen ist die Möglichkeit jedoch wichtig, Unterstützungsleistungen seines sozialen Netzes durch eigene Gegenleistungen, auch finanzieller Art, ausgleichen zu können (vgl. Behning, U. 1997; Blinkert, B. u. Klie, T. 1999).

527. Blinkert und Klie sind in ihrer Untersuchung der Frage nachgegangen, in welcher Weise Helfer entlohnt werden, und ob es für die geleisteten Hilfen eine unmittelbare materielle, nicht ‚nur' symbolische Entlohnung gibt, bzw. wer entlohnt wird und wer nicht. Die Ergebnisse zeigen, dass zwei Drittel der Helfer irgendeine Art von Bezahlung erhalten. 50 % der Pflegenden werden aus den Haushaltsmitteln der pflegebedürftigen Person entlohnt, 10 % erhalten das Pflegegeld direkt von der Pflegekasse. Empfänger von Geldleistungen bezahlen Helfer aus informellen Netzwerken häufiger als Empfänger von Sachleistungen. Bezahlung von Ehegatten und Kindern heißt allerdings häufig, dass das Pflegegeld in einen gemeinsamen Haushalt eingebracht wird. Ungefähr 5 % der Helfer erhalten andere Gegenleistungen, genannt werden die Aussicht auf Erbschaft (29 %), mietfreies Wohnen (19 %), gelegentliche Geschenke (14 %) oder freie Kost (10 %) (Blinkert, B. u. Klie, T. 1999). Rund ein Drittel der Angehörigen wird nicht bezahlt oder nimmt keine Bezahlung an. Dieses Verhalten lässt sich über traditionale Wertemuster erklären. Bei den vorliegenden Ergebnissen bleibt unklar, ob und in welchem Umfang vor Einführung der Pflegeversicherung diese Helfer eine Bezahlung erhalten haben, auch wenn die Vermutung nahe liegt, dass erst die Pflegeversicherung die Möglichkeit eröffnet hat, die informellen Helfer zu bezahlen (Blinkert, B. u. Klie, T. 1998).

528. Die hier beschriebene Bezahlung oder Vergütung hat keinen Einfluss auf den Erwerbsstatus der Hauptpflegepersonen, an dem sich seit Einführung der Pflegeversicherung kaum etwas verändert hat. Dies erscheint hinsichtlich der Höhe des Pflegegeldes nachvollziehbar. Darüber hinaus bieten auch die Anwartschaften auf die Renten- und Unfallversicherung ungenügenden Anreiz. Da die Gleichstellung von Pflegearbeit und Erwerbsarbeit nicht zu erreichen ist, hängt die Entscheidung für oder gegen eine eigene Erwerbstätigkeit nur mittelbar von den Leistungen der Pflegeversicherung ab. Die Pflegetätigkeit wird meistens übernommen, wenn die Pflegenden nicht erwerbstätig sind und über ausreichend Platz verfügen. Das Pflegegeld wird als zusätzliches Einkommen betrachtet (vgl. Schneekloth, U. u. Müller, U. 1999; Runde, P. et al. 2003).

Ein verstärkter Einsatz ambulanter Pflegekräfte könnte die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf bei den Hauptpflegepersonen verbessern. Hier besteht deutlicher Handlungsbedarf, denn der weitaus größte Teil der Befragten erkennt in dieser Hinsicht keine Verbesserung durch die Pflegeversicherung (Schneekloth, U. u. Müller, U. 1999).

5.3.4 Veränderung und Strukturentwicklung in der professionellen Pflege

529. Nach mehrjähriger Praxiserfahrung mit dem Pflege-VG im ambulanten und stationären Bereich lässt sich resümieren, dass die neuen Rahmenbedingungen für Pflege insbesondere den Anbietermarkt verändert haben (Zeman, P. 2000). Der mit Einführung der Pflegeversicherung ausgelöste Gründungsboom von Tagespflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten kann als positiver Effekt des SGB XI bezeichnet werden, da es zum Ausbau des pflegerischen Versorgungsnetzes gekommen ist. Während es 1991 nur 100 Tagespflegeeinrichtungen und 223 Kurzzeitpflegestationen gab, bieten inzwischen mehr als 6 000 Einrichtungen dieser Art ihre Dienste an. Ebenso stieg die Zahl der ambulanten Pflegedienste von rund 4 000 auf fast 11 000 im Jahr 2001 (Statistisches Bundesamt 2003). Durch diesen Wachstums- und Beschäftigungseffekt auf dem Markt für Pflegeleistungen wurden zweifellos bestehende Defizite in den ambulanten Hilfsangeboten beseitigt. Allerdings brachte die starke Expansion auch Dienstleister auf den Markt, die nicht den pflegerischen Mindestnormen entsprechen. Das konnten auch die vereinbarten Grundsätze zur Qualitätssicherung nicht verhindern.

Der zahlenmäßigen Zunahme des Angebots pflegerischer Dienstleistungen steht eine Tendenz zur ‚Homogenisierung' der Angebote gegenüber. Diese Tatsache erleichtert den Nutzern einerseits den Vergleich der Leistungen und fördert die Implementierung einheitlicher Qualitätssicherungsstrategien. Sie erschwert anderseits jedoch die Nachfragedeckung der Leistungen, die von der SPV nicht vergütet werden. So werden pflegeergänzende bzw. komplementäre Hilfen, die die Alltagskompetenz der Pflegebedürftigen steigern oder erhalten, wie z. B. Begleitdienste oder Bringdienste, nicht angeboten, da sie leistungsrechtlich mit dem SGB XI nicht erfasst werden. Die heutige Angebotsstruktur richtete sich nach den Geldströmen der SPV, nicht nach den differenzierten Bedarfslagen der Betroffenen.

530. Dem dritten Bericht zur Pflegeversicherung zufolge nimmt die Zahl der Pflegebedürftigen ab, die sich für eine ambulante Versorgungsform entscheiden. Dagegen stieg die Anzahl der stationär versorgten Pflegebedürftigen. Anbieter ambulanter Pflege fordern angesichts des Berichtes, die finanziellen Anreize für eine

Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsstrukturen zu verbessern (BMGS 2004).

531. Zu den entscheidenden Veränderungen von Rahmenbedingungen durch das Pflegeversicherungsgesetz gehört die Abschaffung des Vorrangs der freigemeinnützigen Träger gegenüber den privaten Trägern sowie den kommunalen Einrichtungen. Jeder Pflegedienst, der die gesetzlichen Vorgaben erfüllt, hat Anspruch auf Zulassung und private Anbieter haben zum ersten Mal Zugang zu öffentlichen Fördermitteln. Durch das eingeführte Prinzip der Wettbewerbsneutralität und die Marktöffnung sind insbesondere die Wohlfahrtsverbände mit veränderten und neuen Bedingungen konfrontiert. Auch für sie wird der Zwang zur Wirtschaftlichkeit deutlich spürbar.

Veränderungen des Marktes sind auch bei den Einrichtungen der Tagespflege und der stationären Versorgung zu verzeichnen. Die Tagespflege registriert nach dem anfänglichen zahlenmäßigen Ausbau der Angebote Belegungsrückgänge. Sie konkurriert infolge der gesetzlichen Regelung mit der ambulanten Sachleistung oder der Geldleistung, da die Tagespflege mit anderen Leistungsarten verrechnet wird.

Bisher zeigt sich die Wettbewerbsentwicklung überwiegend in einer verschärften Anbieterkonkurrenz. Eine Beibehaltung trägerübergreifender, nunmehr differenzierter Pauschalen in Form von Leistungskomplexen oder -modulen verhinderte bisher den Übergang zum rechtlich gewollten Preiswettbewerb. Trotzdem stehen zunehmend ökonomische Aspekte im Vordergrund, und das Handeln der Leistungsanbieter wird durch betriebswirtschaftliche Überlegungen geleitet. Nur noch selten kommen Aspekte der Nichtgewinnerzielung zum Tragen. Nicht die pflegerischen Erkenntnisse bestimmen Umfang und Ausmaß der Pflege, sondern das vorhandene Budget (vgl. Burmeister, J. 1997; Schmidt, R. 1999).

532. Ein Wettbewerb auf dem Pflegemarkt findet zunehmend um die erwünschten Patienten statt, ein Mechanismus, der bereits aus dem Bereich der Krankenversicherung bekannt ist. Um wirtschaftlich bestehen zu können, versuchen ambulante Pflegedienste, mindestens die Hälfte der Einnahmen mit der über die Krankenkasse abzurechnenden Behandlungspflege zu erzielen. Erst die Kombination von Leistungen nach SGB V mit denen nach SGB XI in einem Pflegeeinsatz macht diese Einsätze wirtschaftlich (vgl. Meier, J. 1997).

533. Es scheint sich in den Einrichtungen fast ausschließlich die Bemessung nach Komplexleistungen[123] zu etablieren. Die Mitarbeiter sind gezwungen, das angestrebte Ziel – die Erhöhung des durchschnittlichen Ertrags pro Einsatz – mit den Anforderungen des Pflegebedürftigen und ihrer eigenen Bewertung einer guten Pflege in Einklang zu bringen. Dabei wird immer wieder versucht, komplexe Versorgungskonzepte mit dem auf Teilleistung ausgelegten Pflegekassenbudget zur Deckung zu bringen. Die Angebote der Pflegedienste sind in der Regel nach diesem Prinzip angelegt, um mit den Geldleistungen der jeweils gewährten Pflegestufe auszukommen. Es wird gerne zugestanden, dass dies ein ärmliches und lückenhaftes Hilfearrangement bedeutet, aber nicht darauf hingewiesen, dass sich die gesetzlich begründete Finanzlücke durch eigene finanzielle Leistungen oder durch ehrenamtliche Hilfen schließen ließe (vgl. Meyer, J. A. 1997; Evers, A. 1998).

534. Angehörige und professionelle Pflegekräfte sind zu Konkurrenten geworden. Der bisher schon bestehende Konkurrenzkampf zwischen pflegenden ‚Laien-Frauen' und ‚professionellen Pflegefrauen' weitet sich auch auf monetäre Aspekte aus. Seit Einführung der Pflegeversicherung erleben Pflegekräfte ihre Arbeit durch knappe Zeitvorgaben als sehr eingeschränkt und sehen ihre berufliche Kompetenz und Identität durch die Aufwertung der Ehrenamtlichkeit abgewertet (Freese, G. 1998). Dies hemmt die dringend notwendige vertrauensvolle Zusammenarbeit. Darüber hinaus sind die Beziehungen zwischen Pflegediensten und Pflegebedürftigen sowie deren Angehörigen formaler geworden. Immer stärker müssen sich die Pflegedienste gegenüber den Forderungen der Pflegebedürftigen abgrenzen, die über das Vereinbarte hinausgehen. Ein Pflegevertrag bietet beiden Seiten die Möglichkeit, die schriftlichen Vereinbarungen auf ihre Einhaltung hin zu überprüfen. Wertrationales Handeln wird zunehmend durch eine zweckrationale Orientierung der Pflegekraft ersetzt.

535. Durch die notwendigen Veränderungen in der Pflegelandschaft ist es mehr denn je erforderlich, den ausschließlichen Fachkräftestatus aufzugeben und zu prüfen, für welche Verrichtungen eine Pflegehelferqualifikation hinreichend ist. Der Arbeitsschwerpunkt der Fachkräfte wird zukünftig im Pflegemanagement, in der Fachaufsicht über die Helfer und in der Beratung von Angehörigen liegen. Insbesondere für diese Aufgabe mangelt es häufig an der notwendigen Qualifikation. Künftig werden sich anspruchsvolle Positionen, einschließlich der Pflegedienstleitungsfunktion, mit komplexen fachlichen Anforderungen entwickeln und daneben niedrigere Qualifikationen mit Helferfunktionen herauskristallisieren. Diese Entwicklung lässt sich zumindest im Ausland, u. a. in den USA und Großbritannien, beobachten. In den Qualifikationsprofilen und Ausbildungsschwerpunkten ist daher eine Umorientierung der Pflege dringend erforderlich. Die Pflege muss sich von der Ausrichtung auf Tradition und Erfordernisse des stationären Bereichs verabschieden und Pflege im häuslichen Lebenszusammenhang wahrnehmen bzw. akzeptieren (vgl. Schmidt, R. 1999; Schaeffer, D. 2000). Pflegende müssen ihre professionelle Identität auf soziale und kommunikative Anforderungen ausrichten, um den lebensweltlichen Bedürfnissen nach Bewahrung einer „größtmöglichen Normalität des Alltagslebens" auch in den Pflegesituationen gerecht zu werden (Zeman, P. 2000, S. 117). Die häufig notwendigen ausführlichen Gespräche und Beratungen werden bis-

[123] Unter Komplexleistungen versteht man Leistungspakete, die dem Pflegebedürftigen als Ganzes angeboten werden, z. B. große Morgentoilette: Hilfe beim Aufsuchen oder Verlassen des Bettes, An-/Auskleiden, Waschen/Duschen/Baden inklusive üblicher Hautpflege, Rasieren, Mundpflege, Kämmen. Das SGB XI (§ 89 Abs. 3) lässt offen, ob sich die Vergütung nach dem erforderlichen Zeitaufwand oder aber nach Einsätzen oder Komplexleistungen bemisst.

her nicht ausreichend honoriert bzw. finanziert, obwohl deren Stellenwert im Pflege-VG hoch veranschlagt ist.

536. Die skizzierten pflegeversicherungsbedingten Veränderungen lassen erkennen, dass die Anbieter von Pflegeleistungen vor großen Herausforderungen stehen. Chancen werden diejenigen haben, die die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen erkennen und mit den finanziellen Möglichkeiten des Pflegebedürftigen in Einklang bringen. Viele Pflegende und Pflegebedürftige orientieren sich bei der Auswahl der Leistungen noch schwerpunktmäßig am Preis der Dienstleistung und nicht so sehr am vorhandenen Bedarf (vgl. Brömme, N. 1999).

5.4 Sicherung der professionellen und familiären Pflegequalität

537. Das Pflege-VG verlangt Qualitätssicherung in der Pflege, welche vor Einführung der Pflegeversicherung nicht systematisch und nur vereinzelt stattgefunden hat. Mit dieser Verpflichtung wird eine nachhaltige Veränderung der Pflegelandschaft in Gang gesetzt und vorhandene Mängel der Pflegequalität werden mit neuer Sensibilität öffentlich wahrgenommen. Die praktische Umsetzung weist jedoch zur Zeit noch große Lücken auf (vgl. Zeman, P. 2000; Gutachten 2000/2001 Band II, Kapitel 3.4; Igl, G. et al. 2002; Kesselheim, H. 2004).

538. Impulse zur Verbesserung und Sicherung professioneller Pflegequalität mit sektorenübergreifenden Auswirkungen sind durch die gesetzlichen Verpflichtungen zur Qualitätssicherung im Krankenhausbereich seit 1989 (§ 137 SGB V) und aufgrund der Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz der Länder zur „Gewährleistung einer systematischen Weiterentwicklung der Qualität im Gesundheitswesen“ (1996) sowie zur „Einheitlichen Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen“ (1999) erfolgt. Neben der Ärzteschaft wurden auch die Pflegekräfte verpflichtet, im Rahmen der monodisziplinären Qualitätssicherung den Aufbau wissenschaftlicher Verfahren, evidenzbasierter Instrumente und fachlicher Kompetenzen zur Weiterentwicklung und Überprüfung der Pflegequalität auf internationalem Niveau voranzutreiben. Diese Aufforderung wurde von den Vertretern der Pflegeberufe als Chance zum Abbau ihres Entwicklungsrückstandes genutzt und damit der Versuch unternommen, das interne Qualitätsmanagement auf den Stand der übrigen westeuropäischen Länder zu bringen. Orientierung gaben vor allem die Länder Dänemark, Großbritannien, Finnland, Irland, die Niederlande, Norwegen und Schweden, in denen das Qualitätsmanagement in der Pflege bereits etabliert ist. Durch diese Beschlüsse angestoßen, lässt sich seit Mitte der neunziger Jahre in den Pflegeberufen ein Entwicklungsschub der professionellen Pflegequalität beobachten. Dabei fällt auf, dass ausbaufähige Ansätze für ein systematisches und wissenschaftlich gestütztes Vorgehen zur kontinuierlichen Verbesserung der Pflegequalität in der Pflegepraxis bislang vorrangig in Krankenhäusern anzutreffen sind. Krankenhäuser verfügen im Vergleich zu Einrichtungen der stationären Altenhilfe und ambulanten Pflegediensten über eine weitaus bessere Infrastruktur für die Implementierung von Qualitätsentwicklungsprogrammen. Hinzu kommt, dass an dem seit Anfang der neunziger Jahre flankierend zu § 137 SGB V aufgelegten Modellprogramm zur Förderung der medizinischen Qualitätssicherung überwiegend Krankenhäuser beteiligt waren. Die aus diesen Projekten resultierenden Ergebnisse haben daher im Krankenhausbereich eine weitaus höhere Resonanz gefunden und die Qualitätsentwicklung in größerem Maß beeinflussen können als in Einrichtungen der stationären Altenhilfe und ambulanten Pflege (vgl. Dahlgaard, K. u. Schiemann, D. 1996; Schiemann, D. u. Moers, M. 2002 und 2004; Schiemann, D. u. Schemann, J. 2004).

Gefährdet wird die Pflegequalität teilweise durch den vom Gesetzgeber gewollten Wettbewerb, der aus Kostenersparnisgründen einem Trend zur ‚Schnell-Pflege’ Vorschub leistet. Die Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen decken oft nur grobe Mängel auf. Diese Pflegemängel können nicht durch die Interventionen der behandelnden Hausärzte kompensiert werden. Negative Einflüsse auf die Pflegequalität sind zudem von der defizitorientierten Leistungsberechnung über die basalen und instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens zu erwarten. Hierbei fehlt der positive Anreiz für die Verbesserung des Zustandes der pflegebedürftigen Person z. B. durch aktivierende Pflege.

539. Die Pflegekassen sind für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse verantwortlich. Auf der Basis von Versorgungsverträgen werden Vereinbarungen über die Qualität der Sachleistungen und deren Sicherstellung getroffen. Qualitätssicherung bedeutet nicht nur, grobe Qualitätsmängel wie Gewalt oder gefährliche Pflege abzustellen, sondern auch eine stärkere Nutzerorientierung zu berücksichtigen, die die Bedürfnisse und Wünsche der Nutzer einfließen lässt (vgl. Gutachten 2000/2001, Band I, Kapitel 3; Gutachten 2003, Kapitel 3). Die bisherigen pflegewissenschaftlichen Studien wiesen nach, dass für Pflegebedürftige die emotionale und soziale Unterstützung bei der Bewältigung der Lebenssituation und Erkrankung von großer Bedeutung ist, oft sogar größer als die pflegerische Leistung an sich (Müller, K. u. Thielhorn, U. 2000; Moers, M et al. 1999; Wingenfeld, K. 2003).

Voraussetzungen zur Annäherung an die Bedarfe der Nutzer sind, neben der besseren Bestimmung von nutzerdefinierten Qualitätskriterien, die Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter, die Entfaltung neuer Arbeits- und Organisationsformen der Pflege sowie erhöhte Fähigkeiten zur Kommunikation mit pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen. Besondere Anforderungen werden an die Qualifikation der leitenden Pflegefachkräfte gestellt. Sie zeichnen für Qualitätsstandards, die Einrichtung von Qualitätszirkeln, die Etablierung von Qualitätsbeauftragten und Qualitätskonferenzen verantwortlich. Für die einzusetzenden Pflegefachkräfte sind bisher jedoch noch keine Mindestzahlen vorgeschrieben (vgl. Rückert, W. 1999).

540. Wird die Versorgung eines Pflegebedürftigen von Angehörigen durchgeführt, so gelten auch für diese die Vorgaben des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse. Die Beurteilung der Pflegequalität im Rahmen der familiären Pflege erfolgt durch professionelle Pflegedienste. Dies ist durchaus gerechtfertigt, da mehr als drei Viertel der pflegenden Angehörigen ihre Kenntnisse autodidaktisch erworben haben, 40 % informierten sich durch Bücher und jede dritte Pflegeperson hat Tipps von Freunden oder Bekannten bekommen. Nur ungefähr jede zehnte Hauptpflegeperson hat einen Pflegekurs besucht (Runde, P. et al. 2003).

Die vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Pflegeberatungseinsätze durch professionelle Pflegefachkräfte sollen den Angehörigen Hilfestellung bei den täglich zu bewältigenden Aufgaben bieten und den Qualitätsstandard der familiären Pflege überprüfen. Dabei erweist es sich oft als problematisch, dass diese Einsätze im Spannungsverhältnis zwischen Beratung und Kontrolle stehen. Häufig treffen lebensweltlich geprägte Wertvorstellungen und Qualitätsmaßstäbe auf professionelle Qualitätsstandards der Fachpflege (vgl. Blinkert, B. u. Klie, T. 1999). Ebenso problematisch ist, dass die Beratungsaktivitäten in der Realität häufig auf verwaltungsbezogene Fragen, auf finanzielle Leistungen der Pflegekassen und deren Hilfsmittelförderung reduziert werden (vgl. Becker, R. 1997). Dabei kann eine gezielte Hilfestellung und explizite Pflegeberatung Überforderungen der pflegenden Angehörigen entgegenwirken und eine mögliche Unterversorgung der Pflegebedürftigen abwenden. Eine alleinige Beratung wird nicht in allen Fällen Pflegemängel oder Vernachlässigung des Pflegebedürftigen beheben können. Weitergehende sanktionierende Maßnahmen könnten hilfreich sein, dabei ist jedoch zu prüfen, inwieweit diese Maßnahmen die Situation des Pflegebedürftigen in der häuslichen Umgebung weiter verschlechtern.

541. Neben betriebsintern entwickelten Instrumenten (z. B. Arbeitsablaufbeschreibungen) müssen auch von Pflegeexperten erarbeitete evidenzbasierte und von der Berufsgruppe anerkannte Qualitätsinstrumente in die Pflegepraxis implementiert werden (vgl. ICN 1991; RCN 1994; Verpleegkundig Wetenschappelijke Raad 1994). In Deutschland arbeitet das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) in Kooperation mit dem Deutschen Pflegerat (DPR) seit geraumer Zeit an der Entwicklung evidenzbasierter Expertenstandards in der Pflege[124] für den Bereich der SPV als auch der GKV. Bislang wurden die Themen Dekubitusprophylaxe sowie Entlassungs- und Schmerzmanagement in der Pflege bearbeitet. Dazu gehören die Entwicklung eines Standardentwurfs auf der Grundlage der aktuellen nationalen und internationalen wissenschaftlichen Fachliteratur durch eine Expertenarbeitsgruppe, seine Vorstellung und Verabschiedung durch die Fachöffentlichkeit auf einer Konsensuskonferenz, die wissenschaftlich begleitete modellhafte Implementierung in ca. 20 Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Altenhilfe mit einem abschließenden Qualitätsaudit sowie die regelmäßige Aktualisierung der Standards (DNQP 2002, 2004a, 2004b, 2004c). Die Themen Sturzprophylaxe und Kontinenzförderung in der Pflege befinden sich in Vorbereitung. Die Bearbeitung dieser Themen soll bis 2006 abgeschlossen sein.

Für die Akzeptanz der vorliegenden Expertenstandards in der Fachöffentlichkeit ist der Nachweis des Sachverstands unabhängiger und ausgewiesener Experten sowie die Transparenz über das Zustandekommen der Standards von großer Bedeutung. Das DNQP orientiert sich im Rahmen der Standardentwicklung, -konsentierung und -implementierung an dem international anerkannten Verfahren der Leitlinien-Standardentwicklung in den Gesundheitsberufen und entwickelt sie teilweise weiter (vgl. Bieback, K.-J. 2004). Inzwischen dienen die DNQP-Expertenstandards auch als Grundlage für die Benennung von Qualitätsindikatoren zur bundesweiten externen Qualitätssicherung in Medizin und Pflege im Sinne des § 137 SGB V (BQS 2003). Damit wird Krankenhäusern, die sich für die Einführung der Expertenstandards entschieden haben, eine sinnvolle Verknüpfung von interner Qualitätsentwicklung und externer Qualitätssicherung ermöglicht.

Die Expertenstandards sollen das Bewusstsein der Pflegefachkräfte für professionelle Verantwortung stärken und sind eine wichtige Grundlage für den berufsübergreifenden Dialog im Rahmen eines umfassenden Qualitätsmanagements in Gesundheits- und Altenhilfeeinrichtungen. Die zunehmende Bedeutung zeigt sich in der Aufnahme und Ausgestaltung des Themas Qualität in allen Studiengängen, aber auch in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Pflegefachkräften. Aufgrund einer Zusammenarbeit von Pflegepraxis und -wissenschaft auf nationaler Ebene und eines ‚Networking for Quality' im Rahmen des Europäischen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (EUROQUAN) ist es gelungen, auf dem Gebiet der Standardentwicklung dem internationalen Stand vergleichbare Ergebnisse vorweisen zu können (Schiemann, D. et al. 2004).

Bis 2006 wird die Entwicklung und Implementierung von Expertenstandards finanziell gefördert. Danach ist die Absicherung der Entwicklung von Qualitätsinstrumenten in der Pflege unsicher. Um der professionellen Pflege jedoch wirksame Instrumente zu den epidemiologisch wichtigsten Pflegeproblemen an die Hand geben zu können, ist die Bearbeitung weiterer Themen wichtig. Darüber hinaus besteht Bedarf, das Spektrum wissenschaftlich fundierter und wirksamer Qualitätsinstrumente, -methoden und -programme auf mono- und multidisziplinärer Ebene zu erweitern (Görres, S. 2003).

[124] ‚Expertenstandards in der Pflege' sind ein ebenso feststehender Begriff wie ‚Leitlinien in der Medizin'. ‚Expertenstandards in der Pflege' sind professionell abgestimmte und überprüfbare Leistungsniveaus, die zur Qualitätsentwicklung der gesamten Pflegepraxis dienen. Sie orientieren sich an den Bedürfnissen der damit angesprochenen Bevölkerung und schließen Kriterien zur Erfolgskontrolle der Pflege ein. Sie zielen auf die Qualitätsentwicklung insgesamt und nicht wie die medizinischen Leitlinien auf den Einzelfall. Sie schließen die institutionellen Bedingungen in Form von Strukturkriterien ein (u. a. Qualifikation des Pflegepersonals, institutionelle Aufgabenklärung und Verfahrensregeln, Bereitstellung notwendiger personeller und materieller Ressourcen für Fortbildung, Anleitung und benötigte Materialien, Hilfsmittel, räumliche und technische Ausstattung) (DNQP 2002).

5.5 Die demographische Entwicklung als Einflussfaktor der Pflegeversicherung

5.5.1 Determinanten des Wandels der demographischen Struktur

542. Die Entwicklung von Umfang und Struktur einer Bevölkerung hängt von

– den Geburten,

– den Sterbefällen bzw. der Lebenserwartung und

– dem Wanderungssaldo

ab.

Bei diesen drei Determinanten der Bevölkerung handelt es sich um Stromgrößen, die kurzfristig, z. B. innerhalb eines Jahres, den Bevölkerungsbestand nur moderat beeinflussen. Änderungen dieser Determinanten wirken sich zumeist erst mittel- bis langfristig in nennenswertem Umfang auf den Bevölkerungsbestand aus, so dass sich bevölkerungsrelevante Prozesse nur „sehr allmählich" vollziehen (Statistisches Bundesamt 2003). Prognosen bzw. modellhafte Vorausberechnungen der künftigen Entwicklung von Umfang und Struktur der Bevölkerung können auch insofern „wichtige Frühindikatoren für Wirtschaft und Politik" (Statistisches Bundesamt 2003) liefern, als den jeweiligen Entscheidungsträgern im Prinzip eine hinreichende Zeitspanne verbleibt, um sich abzeichnenden unerwünschten Prozessen entgegenzusteuern.

543. Die Messung der Geburtenhäufigkeit erfolgt in der Regel mit Hilfe der ‚zusammengefassten Geburtenziffer' oder der ‚Nettoreproduktionsrate' (vgl. Bretz, M. 1986). Die zusammengefasste Geburtenziffer gibt die durchschnittliche Zahl von Kindern an, die eine Frau in ihrem Leben zur Welt bringen würde, wenn sich die Geburtenhäufigkeit des Beobachtungsjahres nicht verändern und keine Frau bis zum Alter von 49 Jahren sterben würde. Sie entspricht der Summe der altersspezifischen Geburtenziffern je 1 000 Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren und sichert bei einem Durchschnittswert von ca. 2,1 Kindern je Frau den Bevölkerungsbestand. Im Unterschied dazu zeigt die Nettoreproduktionsrate an, inwieweit unter gegebenen Geburten- und Sterblichkeitsverhältnissen eines Beobachtungszeitraums eine Frauengeneration durch die von diesen Frauen geborenen Mädchen ersetzt wird. Da die Nettoreproduktionsrate die Sterblichkeit während der Fruchtbarkeitsperiode berücksichtigt, reicht hier eine Rate von 1 zur Bestandserhaltung. Mit einer zusammengefassten Geburtenziffer von 1,38 gehörte Deutschland im Jahr 2000 weltweit zu den Staaten mit der niedrigsten Geburtenhäufigkeit (vgl. Statistisches Bundessamt 2003). Niedrigere Werte wiesen in der Europäischen Union (EU) nur Italien (1,24), Spanien (1,23), Griechenland (1,29) und Österreich (1,34) auf. Demgegenüber lagen die zusammengefassten Geburtenziffern in Frankreich (1,88), Irland (1,89) und auch den Niederlanden (1,72) deutlich über dem deutschen Niveau.

Der Rückgang der Geburtenziffer, der in Deutschland wie in den meisten OECD Ländern als säkularer Trend bereits Ende des 19. Jahrhunderts begann (vgl. OECD 1988), führt bei gegebener Sterbeziffer und unverändertem Wanderungssaldo zwangsläufig zu einem steigenden Durchschnittsalter der Bevölkerung. Im Gegensatz dazu hängt der entsprechende Effekt einer sinkenden Sterbeziffer bzw. einer erhöhten Lebenserwartung davon ab, in welchem Altersabschnitt die Abnahme der Mortalität stattfindet. Seit Ende des 19. Jahrhunderts nahm vor allem die Säuglings- und Kindersterblichkeit stark ab. Geht die Sterblichkeit im reproduktionsfähigen Alter zurück, so tritt neben dem lebensverlängernden Sterbetafeleffekt noch eine Erhöhung der Fertilität hinzu. Dank verminderter Säuglings- und Kindersterblichkeit erreichen nun mehr Frauen das reproduktionsfähige Alter, so dass die Anzahl der Geburten selbst bei einer konstanten zusammengefassten Geburtenziffer zunimmt. Die deutliche Senkung der Säuglings- und Kindersterblichkeit schwächte deshalb den Aging-Prozess, den der Rückgang der Geburtenziffer auslöste, zunächst noch ab. In der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts verringerte sich aber auch die Sterblichkeit älterer Menschen erheblich. Eine sinkende Sterbeziffer bewirkt jedoch keine fertilitätsbedingte Abnahme des Durchschnittsalters der Bevölkerung, insoweit die Sterblichkeit oberhalb des reproduktionsfähigen Alters zurückgeht.

544. Bei der durchschnittlichen Lebenserwartung lag Deutschland im Jahr 2001 bei Jungen bzw. Mädchen mit 74,8 bzw. 80,8 Jahren in der EU leicht unterhalb des Durchschnitts von 75,3 bzw. 81,4 Jahren (vgl. Statistisches Bundesamt 2003). Die durchschnittliche Lebenserwartung zeigt an, wie viele Lebensjahre ein neugeborenes Kind zu erwarten hat, wenn das derzeitige altersspezifische Sterberisiko der Bevölkerung während seines ganzen Lebens konstant bliebe. Bei Personen, die sich bereits in einem bestimmten Alter befinden, spiegelt die durchschnittliche fernere Lebenserwartung die Anzahl der weiteren Lebensjahre wider. Wie Tabelle 54 ausweist und Abbildung 16 im Hinblick auf die Entwicklung des Sterbealters von Frauen illustriert, stieg die Lebenserwartung von neugeborenen Jungen bzw. Mädchen im früheren Bundesgebiet zwischen 1980 und 2000 um 5,5 bzw. 4,5 Jahre. In diesem Zeitraum nahm aber auch die fernere Lebenserwartung von 65-jährigen Männern bzw. Frauen noch um 3 bzw. 2,9 Jahre zu. Selbst 80-jährige Männer bzw. Frauen konnten in dieser Zeit noch einen Zuwachs an fernerer Lebenserwartung von 1,5 bzw. 1,7 Jahren verzeichnen. Eine Prognose der Entwicklung des Sterbealters[125] lässt für den Zeitraum von 2000 bis 2040 bei 65-jährigen Männern bzw. Frauen einen Zugewinn an fernerer Lebenserwartung von 5,1 bzw. 4,7 Jahren erwarten und auch bei 80-Jährigen liegt dieser Zuwachs noch bei 2,7 bzw. 2,9 Jahren. Zu dem bisherigen *‚Aging at the Bottom'*, das aus der Abnahme der Geburtenziffer erwuchs (vgl. Ulrich V. u. Schmähl, W. 2001), tritt nun und künftig noch in Form einer Zunahme der ferneren Lebenserwartung älterer Menschen ein *‚Aging at the Top'* hinzu (vgl. Secretariat of the Economic Commission for Europe 1992). Das zu erwartende Wachstum des Anteils der hochbetagten Menschen innerhalb der älteren Bevölkerung (siehe unten unter 5.5.2) erweitert dieses *‚Double Aging'* zu einem *‚Triple Aging'*.

[125] Die Prognose erfolgte mit Hilfe eines Exponentialtrends an die Sterbewahrscheinlichkeiten für 5-jährige Altersgruppen von 1980 bis 2000. Dieses Verfahren wies für alle Altersgruppen ein hohes Bestimmtheitsmaß auf.

Tabelle 54

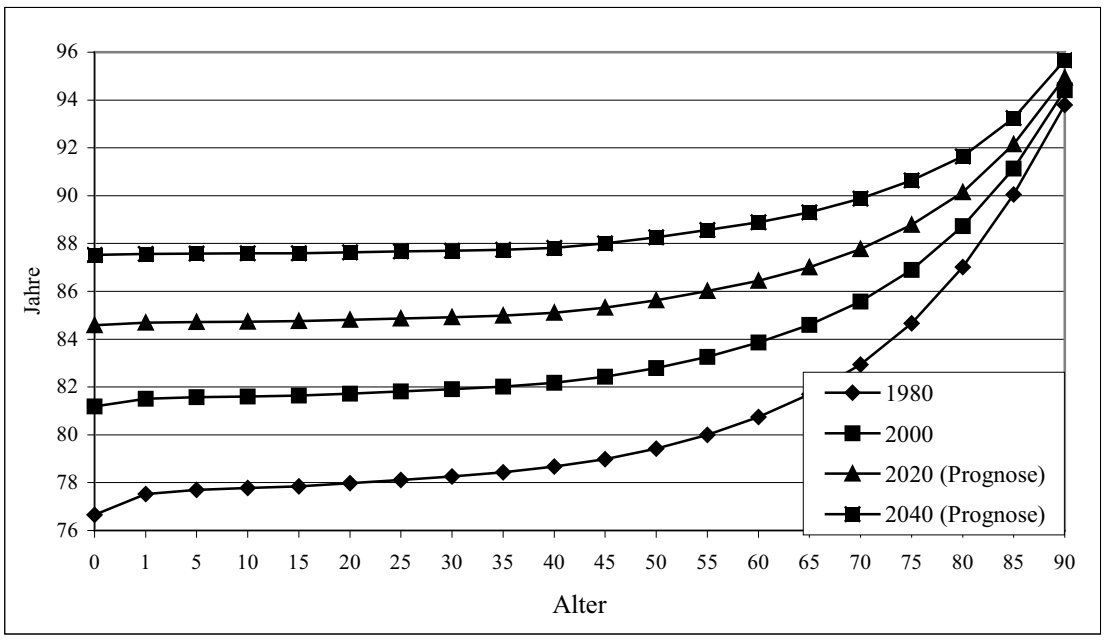
Entwicklung des Sterbealters im früheren Bundesgebiet, 1980–2040

		Alter																			
		0	1	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90
Männer	1980	69,9	70,9	71,1	71,2	71,3	71,6	72,0	72,3	72,6	72,9	73,5	74,2	75,2	76,4	78,0	80,1	82,7	85,8	89,5	93,7
	2000	75,4	75,8	75,9	75,9	76,0	76,1	76,4	76,6	76,8	77,0	77,4	78,0	78,7	79,7	81,0	82,7	84,8	87,3	90,4	94,4
	2020 (Prognose)	79,5	79,6	79,7	79,7	79,7	79,8	79,9	80,1	80,2	80,5	80,8	81,2	81,7	82,5	83,5	84,9	86,5	88,6	91,3	94,9
	2040 (Prognose)	83,2	83,2	83,2	83,2	83,2	83,3	83,4	83,5	83,6	83,8	84,0	84,3	84,7	85,3	86,1	87,2	88,4	90,0	92,3	95,7
Frauen	1980	76,7	77,5	77,7	77,8	77,8	78,0	78,1	78,3	78,4	78,7	79,0	79,4	80,0	80,7	81,7	82,9	84,7	87,0	90,0	93,8
	2000	81,2	81,5	81,6	81,6	81,6	81,7	81,8	81,9	82,0	82,2	82,4	82,8	83,3	83,9	84,6	85,6	86,9	88,7	91,1	94,4
	2020 (Prognose)	84,6	84,7	84,7	84,7	84,8	84,8	84,9	84,9	85,0	85,1	85,3	85,6	86,0	86,4	87,0	87,8	88,8	90,1	92,2	94,9
	2040 (Prognose)	87,5	87,6	87,6	87,6	87,6	87,6	87,7	87,7	87,7	87,8	88,0	88,3	88,6	88,9	89,3	89,9	90,6	91,6	93,2	95,7

Durchschnittliches Sterbealter bzw. Alter plus fernere Lebenserwartung.
Quelle: Eigene Berechung auf der Grundlage von Statistisches Bundesamt (1980–2000)

Abbildung 16

Entwicklung des Sterbealters der Frauen im früheren Bundesgebiet, 1980–2040



Quelle: Siehe Tabelle 54

545. Unter ökonomischen Aspekten interessieren im Kontext der demographischen Entwicklung weniger das Durchschnitts- oder Medianalter einer Bevölkerung als vielmehr die Veränderung von Bevölkerungsanteilen bzw. von bestimmten Altersgruppen. Als Indikatoren des Wandels der demographischen Struktur dienen das Kohortenalter und die Kohortengröße (vgl. Erbsland, M. u. Wille, E. 1995). Bezogen auf die Probleme im Bereich der Sozialversicherung bietet es sich an, die jungen und alten Bevölkerungsgruppen ins Verhältnis zur mittleren Altersgruppe zu setzen. So zeigt z. B. der Jugendquotient das Verhältnis der unter 20-Jährigen an den 20- bis 65-jährigen Personen und der Altenquotient den Anteil der 65-Jährigen und Älteren an den 20- bis 65-Jährigen an. Jugend- und Altenquotient bilden zusammen den System- bzw. Gesamtlastquotienten, der – wenn auch nur sehr grob – die Relation zwischen dem nichterwerbsfähigen und dem erwerbsfähigen Bevölkerungsanteil widerspiegelt. Da vor allem hochbetagte Menschen einer Pflege bedürfen, bietet sich im Hinblick auf die Absicherung des

Pflegerisikos noch ein zusätzlicher Altenquotient „85“ an, der die 85-Jährigen und Älteren auf die 20- bis 65-jährigen Personen bezieht. Diese Relation besitzt gerade für die künftigen Finanzierungs- und Versorgungsprobleme in der Pflegeversicherung eine relevante Aussagekraft.

5.5.2 Annahmen und Ergebnisse der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung

546. Die seit fast 40 Jahren vom Statistischen Bundesamt durchgeführten koordinierten Bevölkerungsvorausberechnungen beruhen auf abgestimmten Annahmen sowie gleichen Berechnungsmethoden und liefern Ergebnisse sowohl für Deutschland insgesamt als auch für einzelne Bundesländer (vgl. Statistisches Bundesamt 2003). Grundlage der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung bildet der Bevölkerungsstand zum 31. Dezember 2001. Diese Bevölkerungsvorausberechnungen erheben nicht den Anspruch, die Zukunft vorherzusagen, sondern besitzen als langfristige Rechnungen Modellcharakter. Sie möchten aufzeigen, wie sich Umfang und Struktur der Bevölkerung unter bestimmten Annahmen entwickeln würden. Die Ausgangsdaten zum Bevölkerungsbestand, die diesen Vorausberechnungen zugrunde liegen, verlieren mit zunehmender Entfernung zur letzten Volkszählung an Genauigkeit. Dabei fanden die letzten Volkszählungen im früheren Bundesgebiet 1987 und in der ehemaligen DDR 1981 statt.

547. Die 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung (im Folgenden: Vorausbe-rechnung) geht im Hinblick auf die Geburtenentwicklung davon aus, dass die zusammengefasste Geburtenziffer bis zum Jahr 2050 auf dem niedrigen Niveau von 1,4 konstant bleibt. Sie unterstellt dabei, dass sich die derzeit noch niedrigere Geburtenrate in den neuen Bundesländern von 1,2 bis 2010 an die Geburtenhäufigkeit in den alten Bundesländern angleicht. Zu der Entwicklung der Lebenserwartung und des positiven Wanderungssaldo stützt sich die Vorausberechnung, wie Tabelle 55 synoptisch zusammenfasst, auf jeweils 3 Annahmen, was insgesamt 9 Varianten ergibt. Die Annahme mit der niedrigsten Lebenserwartung setzt für jedes einzelne Altersjahr die international schon heute realisierten niedrigsten Sterbewahrscheinlichkeiten an. Nach der mittleren Annahme steigt die Lebenserwartung auf der Grundlage der Sterblichkeitsabnahme, die je Altersjahr in den letzten 30 Jahren erfolgte, stark abgeschwächt an, während sie bei der dritten Annahme fast unvermindert zunimmt. Bei den Außenwanderungen, die in der Vergangenheit vornehmlich aufgrund gesetzlicher Eingriffe starken Schwankungen unterlagen, sehen die beiden ersten Annahmen einen jährlichen Wanderungsüberschuss von 100 000 bzw. 200 000 Einwanderern vor. Nach der dritten Annahme erhöht sich dieser positive Wanderungssaldo ab dem Jahr 2011 auf 300 000 ausländische Personen. Im Unterschied zur Geburtenziffer und zur Lebenserwartung lässt sich der künftige Wanderungssaldo jedoch nicht aus einem Trend früherer Entwicklungen ableiten.

Wie Tabelle 55 ausweist, bildet die Variante 5, die für das Jahr 2050 eine Lebenserwartung für Männer bzw. Frauen von 81,1 bzw. 86,6 Jahren und einen jährlichen positiven Wanderungssaldo von 200 000 ausländischen Personen unterstellt, die ‚mittlere’ Vorausberechnung der Bevölkerungsentwicklung. Sie bietet sich damit als Grundlage für demographisch orientierte Prognosen der Beitragssatzentwicklung in den Sozialversicherungszweigen an (vgl. Breyer, F. et al. 2004). Die Bandbreite der möglichen Veränderungen der Bevölkerungsstruktur stecken die Varianten 3 und 7 ab. Variante 3 unterstellt bei einer vergleichsweise niedrigen Zunahme der Lebenserwartung einen hohen positiven Wanderungssaldo und führt damit zu einer relativ jungen Bevölkerung. Im Gegensatz dazu geht Variante 7 von einem starken Wachstum der Lebenserwartung und einer moderaten Zuwanderung aus, woraus im Verhältnis zu den anderen Varianten eine relativ alte Bevölkerung resultiert. Der ‚Verjüngungseffekt’ gründet sich darauf, dass selbst bei ausgeglichenem Wanderungs-

Tabelle 55

Annahmen und Varianten der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung

Wanderungssaldo	**Annahmen zur Lebenserwartung bei Geburt (im Alter von 60) im Jahr 2050**		
	niedrig m: 78,9 (22,0) Jahre w: 85,7 (27,7) Jahre	mittel m: 81,1 (23,7) Jahre w: 86,6 (28,2) Jahre	hoch m: 82,6 (24,9) Jahre w: 88,1 (29,4) Jahre
100.000	Variante 1 (niedrigste Bevölkerungszahl)	Variante 4	Variante 7 ("relativ alte Bevölkerung")
200.000	Variante 2	Variante 5 ("mittlere" Bevölkerung)	Variante 8
bis 2010: 200.000 danach: 300.000	Variante 3 ("relativ junge Bevölkerung")	Variante 6	Variante 9 (höchste Bevölkerungszahl)

m= männlich; w= weiblich

Quelle: Darstellung nach Statistisches Bundesamt (2003)

saldo die nach Deutschland einwandernden ausländischen Personen im Durchschnitt jünger sind als die fortziehenden. Dabei gilt die Annahme, dass die Geschlechts- und Altersstruktur des Wanderungssaldos den empirischen Werten der Zu- und Fortzüge in den Jahren 1999 bis 2001 entspricht.

548. In allen 9 Varianten dieser Vorausberechnung schrumpft die Bevölkerung. Sie nimmt von derzeit ca. 82,5 Mio. bis 2050 unter der Annahme einer hohen Lebenserwartung und Zuwanderung auf 81 Mio. (Variante 9), in der mittleren Variante 5 auf 75 Mio. und bei geringer Erhöhung der Lebenserwartung und Zuwanderung (Variante 1) auf 67 Mio. ab. Die kumulierten Zuwanderungsgewinne von deutschen und ausländischen Personen, die je nach Annahmen 5,66 Mio., 10,46 Mio. bzw. 14,46 Mio. betragen, vermögen diesen Schrumpfungsprozess zwar abzumildern, aber nicht zu stoppen oder gar umzukehren. Unter den extremen Annahmen einer unveränderten Lebenserwartung und eines ausgeglichenen Wanderungssaldos würde die Bevölkerung bis 2050 sogar um 28,5 Mio. auf 54 Mio. zurückgehen.

549. Unter dem Aspekt der künftigen Finanzierungsprobleme in den einzelnen Sozialversicherungszweigen besitzt die Änderung der Bevölkerungsstruktur eine größere Relevanz als die Entwicklung des Bevölkerungsbestandes. Der Altenquotient „65“ nimmt, wie Tabelle 56 ausweist und Abbildung 17 illustriert, selbst unter den moderaten Annahmen der 3. Variante zwischen 2000 und 2050 von 26 auf 49, d. h. um fast 85 %, zu.[126]

Er steigt nach der mittleren Variante 3 um mehr um das Doppelte und im Szenario von Variante 7 um 138 %. Im Jahr 2050 stehen nach dieser Variante dann 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren 62 Personen im Alter von 65 oder mehr Jahren gegenüber. Insgesamt gesehen erhöht sich somit bei schrumpfender Bevölkerung der Anteil älterer Menschen.

550. Alten- und Jugendquotient bilden zusammen den Gesamtlastquotienten, der die unter 20-Jährigen sowie die 65-Jährigen und Älteren auf die Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren bezieht. Da in der Vorausberechnung der Jugendquotient von 2000 bis 2050 leicht absinkt, erhöht sich, wie Tabelle 57 zeigt, der Gesamtlastquotient

[126] Der Altenquotient „60“, der das Verhältnis zwischen den 60-Jährigen und Älteren zu den Personen im Alter von 20 bis unter 60 Jahren angibt, lässt diesen Wandel der Bevölkerungsstruktur sogar noch stärker hervortreten.

Tabelle 56

Die Entwicklung des Altenquotienten „65“

Jahr	Variante 3 („relativ junge Bevölkerung")	Variante 5 (mittlere Variante)	Variante 7 („relativ alte Bevölkerung")
2000	26	26	26
2010	32	33	33
2020	35	36	38
2030	44	47	51
2040	49	53	59
2050	49	55	62

Altenquotient „65“: 65-Jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren.
Quelle: Eigene Berechnungen nach Statistisches Bundesamt (2003)

Tabelle 57

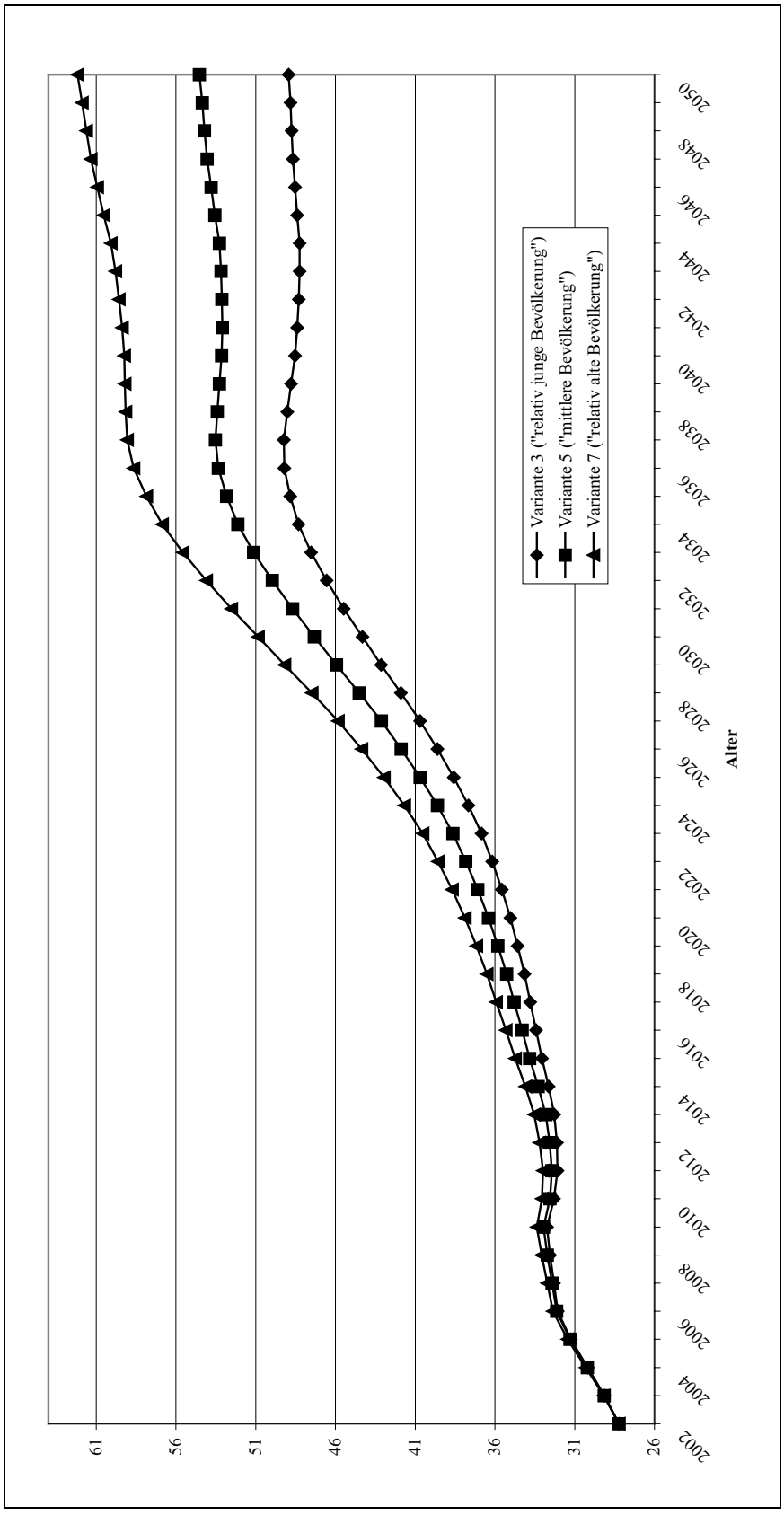
Die Entwicklung von Jugendquotient, Altenquotient „65“ und Gesamtlastquotient (5. bzw. mittlere Variante)

Jahr	Jugendquotient	Altenquotient „65"	Gesamtlastquotient
2000	34	26	60
2010	30	33	63
2020	29	36	65
2030	30	47	78
2040	30	53	83
2050	30	55	84

Quelle: Eigene Berechnungen nach Statistisches Bundesamt (2003)

Abbildung 17

Die Entwicklung des Altenquotienten „65“



Quelle: Siehe Tabelle 56

nach der mittleren Variante von 60 auf 84, d. h. nur um 40 %. Im Szenario der Variante 7, nach der sich die Bevölkerungsstruktur am ungünstigsten entwickelt, steigt der Gesamtlastquotient, wie Abbildung 18 veranschaulicht, auf über 90 an. In diesem Kontext gilt es hinsichtlich der Finanzierungsprobleme in den einzelnen Sozialversicherungszweigen auch zu berücksichtigen, dass eine Zunahme des Jugendquotienten durch eine Erhöhung der Geburtenziffer den Gesamtlastquotienten zunächst einmal, d. h. für die nächsten fast 20 Jahre, ansteigen lässt. Eine Erleichterung der Finanzierungsprobleme kann somit erst mit einer erheblichen zeitlichen Verzögerung eintreten. Daraus folgt, dass eine auf Bevölkerungszuwachs orientierte Familienpolitik eine Reform der Pflegeversicherung, die auf fiskalische Nachhaltigkeit abzielt, auf absehbare Zeit nicht ersetzen kann (siehe auch Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit 2005). Tendenziell umgekehrt verhält es sich bei einer temporären Zunahme des positiven Wanderungssaldos, denn diese senkt den Gesamtlastquotienten zwar zunächst ab, lässt ihn aber dann, wenn die zusätzlich Einwandernden das Alter von 65 erreichen, wieder anwachsen.

551. Da die Leistungsprofile der Pflegebedürftigen im Unterschied zu den Patienten der GKV erst mit einem deutlich höheren Alter, dann aber wesentlich stärker ansteigen, interessiert im Hinblick auf die Finanzierungs- und Versorgungsprobleme der sozialen Pflegeversicherung nicht nur der Altenquotient „65“, sondern darüber hinaus auch der Altenquotient „85“. Dieser Quotient, der die 85-Jährigen und Älteren mit den 20- bis unter 65-Jährigen in Beziehung setzt, nimmt von 2000 bis 2050, wie Tabelle 58 ausweist, je nach den Annahmen der Vorausberechnung um über das Dreifache bis zum Fünffachen zu. In diesem Kontext verdeutlicht Abbildung 19, dass sich dieses Wachstum des Altenquotienten „85“ ab dem Jahr 2020 deutlich verschärft. Wie Abbildung 20 zeigt, wächst der Anteil, den die 85-Jährigen und Älteren an den 65-Jährigen und Älteren einnehmen, von 2000 bis 2050 über das Doppelte an. Während in diesem Zeitraum der Anteil der 75- bis unter 85-Jährigen weitgehend konstant bleibt, steigt der Anteil der 85-Jährigen und Älteren zu Lasten der 65- bis unter 75-Jährigen deutlich an. Die Entwicklung der Struktur der 65-Jährigen und Älteren stellt somit für die Ausgabenseite und das Leistungsangebot der Pflegeversicherung eine noch größere Herausforderung dar als der bloße Anstieg des Altenquotienten „65“. Dieser beeinflusst allerdings bei gegebener Finanzierung die Einnahmenseite der sozialen Pflegeversicherung, denn Rentner zahlen im Durchschnitt deutlich niedrigere Beiträge als erwerbstätige Mitglieder (vgl. Knappe, E. u. Rubart, T. 2001; Deutscher Bundestag 2002).

Tabelle 58

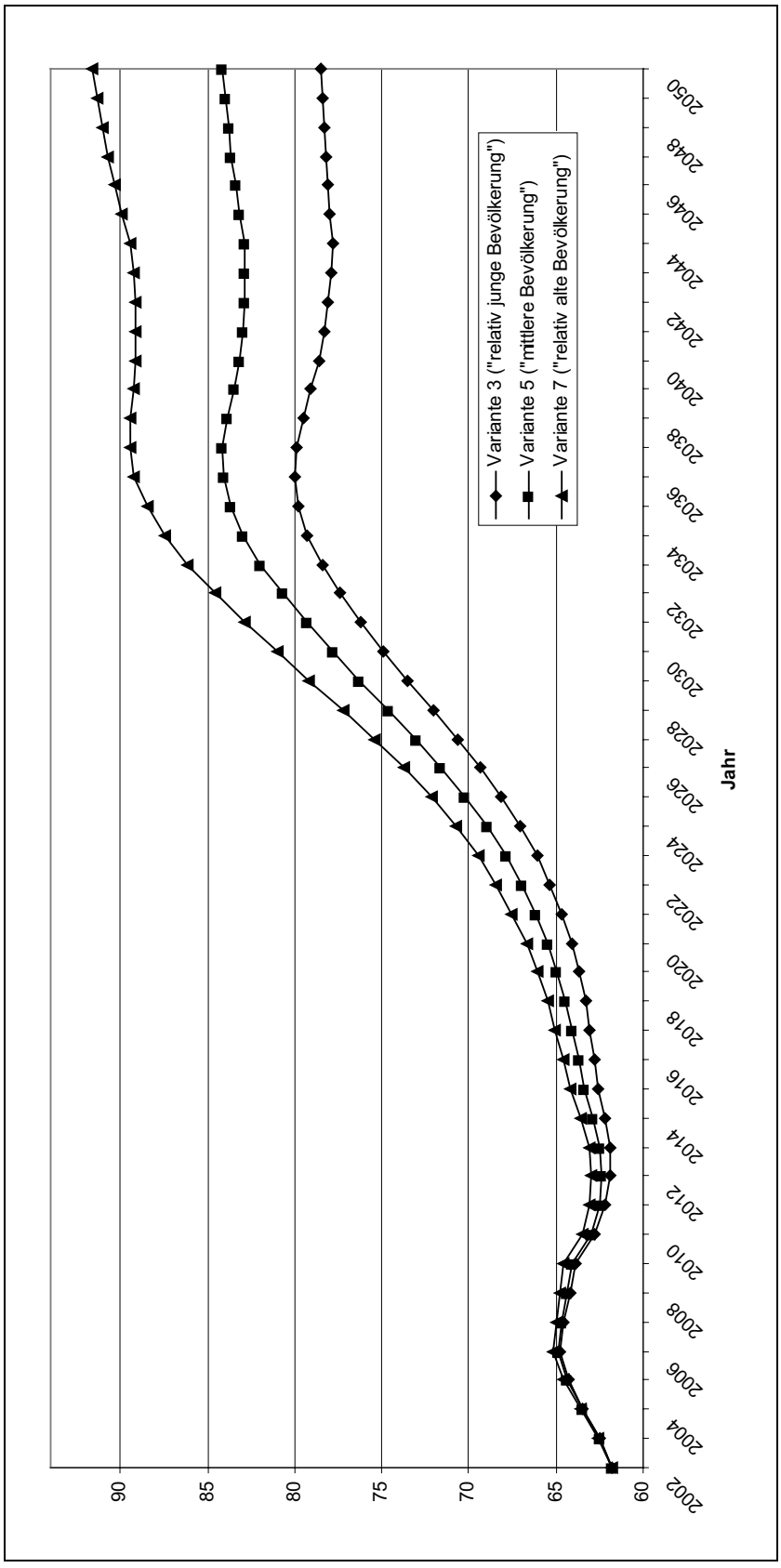
Die Entwicklung des Altenquotienten „85“

Jahr	Variante 3 ("relativ junge Bevölkerung")	Variante 5 (mittlere Variante)	Variante 7 ("relativ alte Bevölkerung")
2000	3	3	3
2010	4	4	4
2020	5	5	5
2030	6	7	8
2040	7	8	10
2050	10	12	15

Altenquotient „85“: 85-Jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren.
Quelle: Eigene Berechnungen nach Statistisches Bundesamt (2003)

Abbildung 18

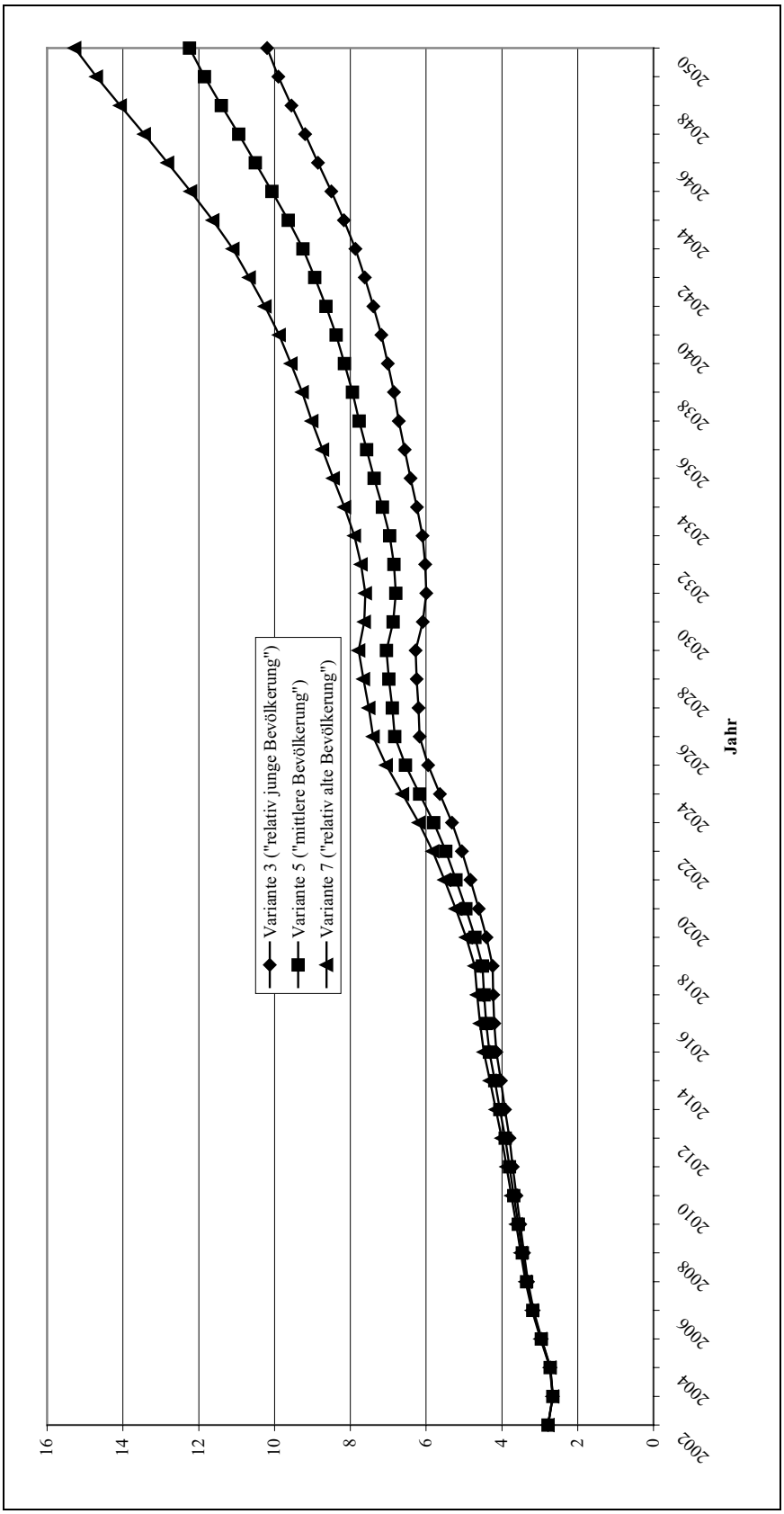
Die Entwicklung des Gesamtlastquotienten



Quelle: Siehe Tabelle 57

Abbildung 19

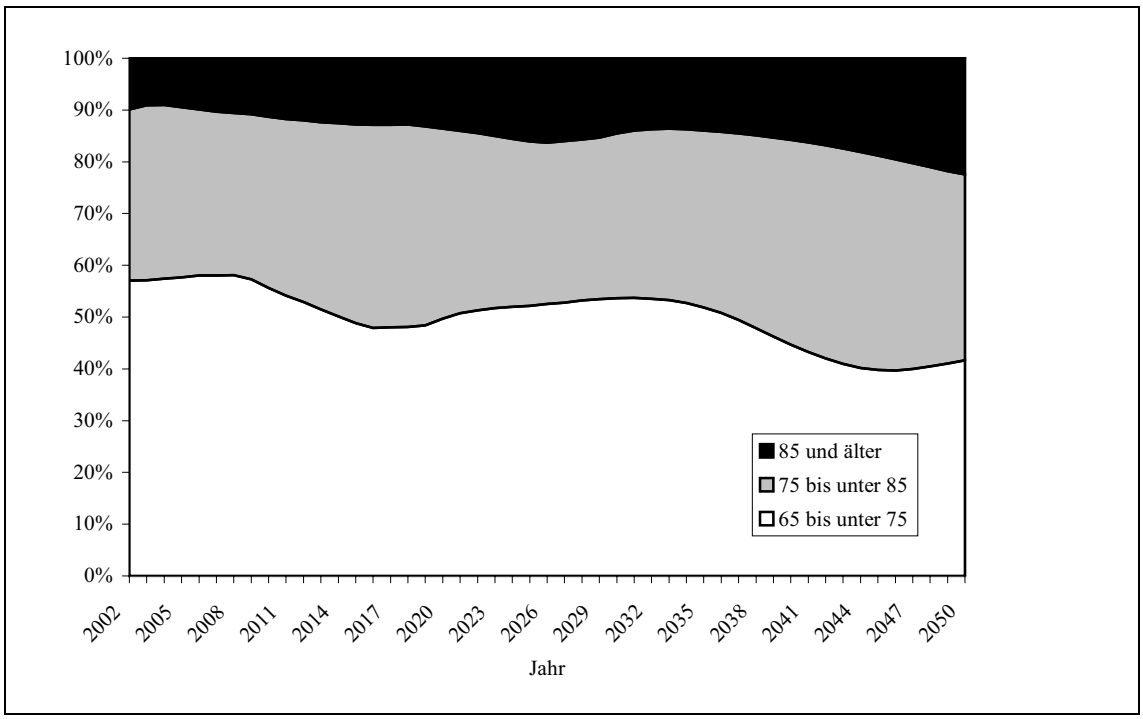
Die Entwicklung des Altenquotienten „85“



Quelle: Siehe Tabelle 58

Abbildung 20

Zur Entwicklung der Struktur der 65-Jährigen und Älteren (Variante 5)



Quelle: Eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt (2003)

5.6 Zur Nachhaltigkeit der sozialen Pflegeversicherung

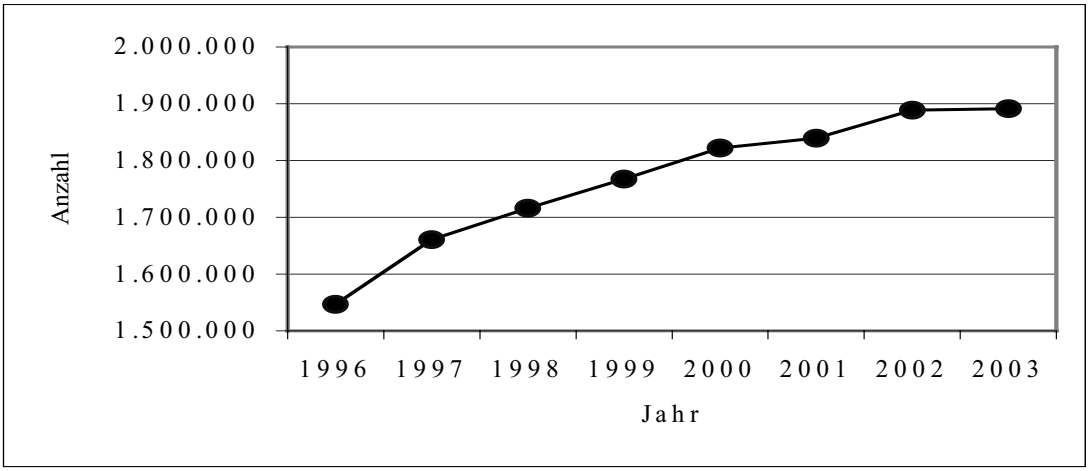
552. Die Umsetzung des Pflege-VG sichert 99 % der Bevölkerung gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit ab. Über 70 Mio. Bürger der Bundesrepublik Deutschland gehören der sozialen Pflegeversicherung und über 8 Mio. der privaten Pflege-Pflichtversicherung an (BMGS 2004).

553. Da die Pflegeversicherung die gleiche Beitragsbemessungsgrundlage wie die GKV besitzt, weist die Finanzierungsbasis die gleiche Wachstumsschwäche auf (vgl. Gutachten 2003, Band I, Kapitel 2.2). In absehbarer Zeit ist nicht damit zu rechnen, dass die Wachstumsrate der beitragspflichtigen Einnahmen von GKV und Pflegeversicherung die Steigerungsrate des Bruttoinlandsproduktes (BIP) erreicht. Die bisherige Beitragssatzstabilität in der Pflegeversicherung geht vorwiegend auf finanzielle Reserven aus den Anfangsjahren und die starre Budgetierung der Leistungen zurück. Ausgabensteigernd konnten insofern bisher nur die Erhöhung der Fallzahlen und die Veränderung ihrer Struktur wirken. Während die Fallzahlen bzw. die Anzahl der Leistungsempfänger in der Pflegeversicherung von 1996 bis 2003 stetig zunahmen (Abbildung 21), zeigt die Entwicklung ihrer Struktur unter fiskalischen Aspekten ein unterschiedliches Bild. Einerseits stieg in diesem Zeitraum der Anteil der ausgabenintensiven stationären Leistungen spürbar und der Anteil des Pflegegeldes nahm im Verhältnis deutlich ab (Abbildung 22). Andererseits ging der Anteil der Pflegebedürftigen, die sich in der höchsten Pflegestufe befinden, zu Gunsten des Anteils der Pflegebedürftigen in der niedrigsten Stufe etwas zurück (Abbildung 23). Dies bedeutet, dass sich trotz des Anstiegs der stationären Ausgaben am Gesamtvolumen der größte Anteil der Pflegebedürftigen in der Pflegestufe I befindet. Bei den stationär versorgten Pflegebedürftigen nahm der Anteil der mit Pflegestufe III eingestuften Pflegebedürftigen nur geringfügig zu, während der Anteil der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I sich seit 1996 mehr als verdoppelt hat.

554. Die in Tabelle 59 dargestellte finanzielle Entwicklung der Pflegeversicherung deutet an, dass sich trotz starrer Budgetierung der Leistungen inzwischen Defizite einstellen. Die Überschüsse der Anfangsjahre resultieren überwiegend aus Einführungseffekten (vgl. Wille, E. et al. 1999). Während die Beitragspflicht bereits ab dem 1. Januar 1995 bestand, wurden ambulante Leistungen erst drei Monate später gewährt. Zudem waren zahlreiche potenzielle Leistungsberechtigte zum Einführungszeitpunkt der Pflegeversicherung schlecht informiert. Schließlich wirkte die anfängliche Bevorzugung von Geldleistungen im ambulanten Bereich, die auch die Unzufriedenheit mit dem damaligen Angebot an professionellen Diensten widerspiegelte, ausgabendämpfend.

Abbildung 21

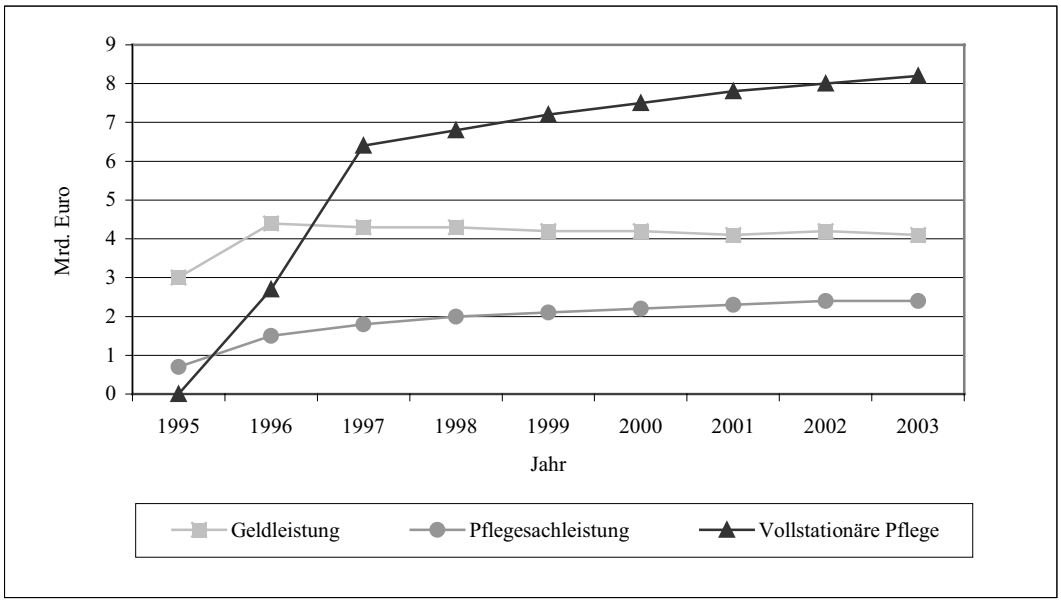
Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfänger in der Pflegeversicherung



Quelle: BMGS (2004); eigene Darstellung

Abbildung 22

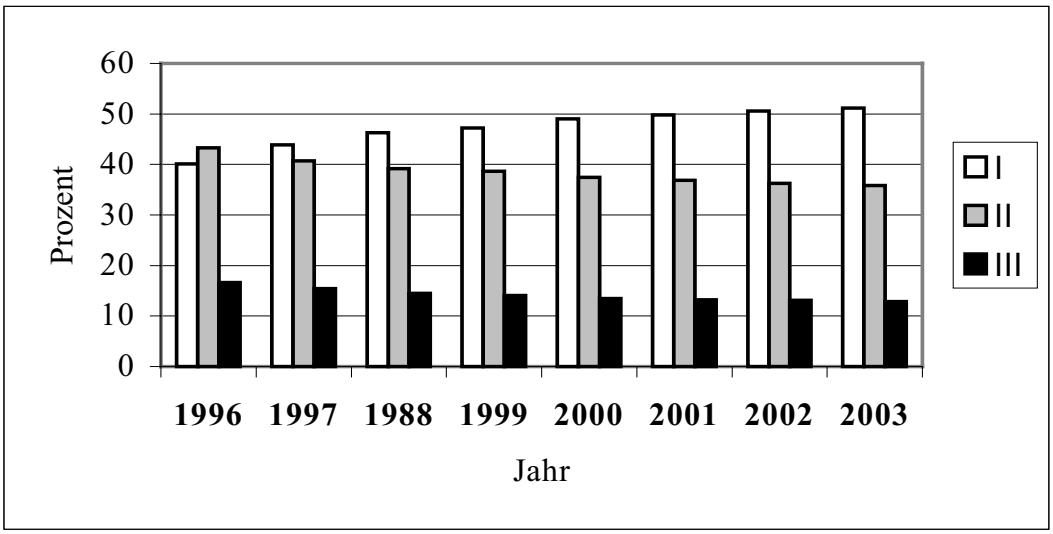
Entwicklung der Leistungsausgaben in der Pflegeversicherung nach Bereichen in Mrd. €



Quelle: Bundesarbeitsblatt, diverse Jahrgänge; BMGS; eigene Darstellung

Abbildung 23

Entwicklung der Anteile von Pflegebedürftigen nach Pflegestufen



Quelle: Bundesarbeitsblatt, diverse Jahrgänge; eigene Darstellung

Tabelle 59

Finanzielle Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung in Mrd. €

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Einnahmen	8,40	12,04	15,94	16,00	16,32	16,55	16,81	16,92	16,86
Ausgaben	4,97	10,86	15,14	15,88	16,35	16,67	16,87	17,35	17,56
Differenz	3,44	1,18	0,80	0,13	– 0,03	– 0,13	– 0,06	– 0,43	– 0,69
Mittelbestand	2,87	4,05	4,86	4,98	4,95	4,82	4,76	4,33	3,64

Quelle: Bundesarbeitsblatt diverse Jahrgänge

555. Wenn die Pflegeversicherung die ihr ursprünglich zugedachte Aufgabe erfüllen soll, bedürfen ihre Leistungen einer Dynamisierung (Sendler, J. 2004). Der Realwert der Leistungen bliebe bei einer Dynamisierung mit einem speziellen Preisindex von Pflegeleistungen konstant. Eine solche Dynamisierung hätte schon in der Vergangenheit einen höheren Beitragssatz erfordert bzw. den Mittelbestand zügig abschmelzen lassen. Die Entwicklung der dann konstanten realen Pflegeleistungen würde aber immer noch hinter einem steigenden realen BIP pro Kopf zurückbleiben. Dies gilt auch bei einer Dynamisierung der Pflegeleistungen mit der Steigerungsrate der Lohnsumme pro Mitglied, denn diese wuchs in der Vergangenheit schwächer als das BIP pro Erwerbstätigen. Wegen des negativen Preisstruktureffekts von Pflegeleistungen, der sich aus dem mangelnden Rationalisierungspotenzial, d. h. der begrenzten Substituierbarkeit von Arbeit durch Kapital dieser Dienstleistung ergibt, können die realen Pflegeleistungen nur dann mit dem realen BIP pro Kopf im Wachstum Schritt halten, wenn sie nominell, d. h. nicht preisbereinigt, stärker zunehmen als das BIP pro Kopf. Eine solche Dynamisierung würde in der Pflegeversicherung auch unabhängig von den Effekten, die von dem zu erwartenden Wandel der demographischen Struktur ausgehen, eine deutliche Steigerung des Beitragssatzes auslösen.

556. Die Veränderung der demographischen Struktur und möglicherweise auch die Verlängerung der Lebenszeit werden die finanziellen Probleme der Pflegeversicherung künftig noch erheblich verschärfen bzw. ihre Leistungsfähigkeit in Frage stellen. Den Hochrechnungen folgend wird sich der Anteil der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2030 um über 60 % erhöhen (BMGS 2004). Ein

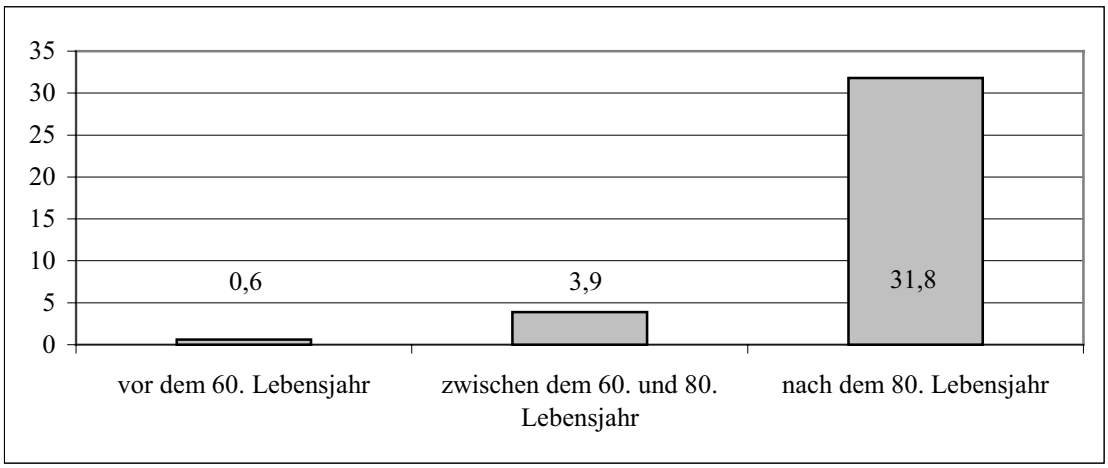
zunehmender Anteil älterer Menschen verursacht in der Pflegeversicherung in besonderem Ausmaß Finanzierungslücken, weil die durchschnittlichen Leistungsausgaben ab einem bestimmten Alter deutlich ansteigen. Sie liegen derzeit bis zu einem Alter von ca. 60 Jahren durchschnittlich bei jährlich 30 € und nehmen dann exponentiell auf über 6 600 € bei den über 90-Jährigen zu, da das Risiko, pflegebedürftig zu werden, mit jedem Lebensjahr steigt (vgl. Raffelhüschen, B. 2003; Abbildung 24). Neben den bekannten Daten wären Daten zum Pflegebedarf in Abhängigkeit vom Todeszeitpunkt nützlich. Daten über die Inanspruchnahme von Leistungen von Demenzkranken im letzten Jahr vor dem Tod im Vergleich zu nicht an Demenz erkrankten Pflegebedürftigen könnten Aufschlüsse zur Unter- und Fehlversorgung liefern. Vor einem solchen Hintergrund könnten die Auswirkungen einer möglichen Kompression der Morbidität auf den Bedarf an Pflegeleistungen und an Personal sowie die Entwicklung der Ausgabenprofile genauer prognostiziert werden.

Mit erheblichen Ausgabenzuwächsen kann gerechnet werden, sobald die geburtenstarken Jahrgänge 1955–1965 in Altersgruppen mit erhöhtem Pflegebedarf hineinwachsen. Wie genau sich die höhere Lebenserwartung auf die Morbiditätsentwicklung auswirken wird, ist umstritten. Die Vertreter der Medikalisierungsthese gehen davon aus, dass durch den physischen und psychischen Verschleiß, der mit der Alterung einher geht, die Gesamtmorbidität zunehmen wird. Die Ausgaben für medizinische und pflegerische Versorgung werden ansteigen. Der Anstieg an chronischen Erkrankungen, die zwar behandelt, aber nicht geheilt werden können, wird als Beleg für diese Theorie gewertet. Nach der Kompressionsthese verschiebt die moderne Medizin nicht nur den Todeszeitpunkt, sondern verschiebt auch die Morbiditätsanfälligkeit und die mit ihr verbundenen Kosten in die letzten Lebensjahre. Die Spanne zwischen dem Beginn der Phase, in der chronische Erkrankungen auftreten und dem Zeitpunkt des Todes verlängert sich nach dieser Hypothese nicht, sondern verkürzt sich (Fries, J.F. 1983 u. 2003). Bisher konnte keine der Thesen für die in Deutschland lebende Bevölkerung falsifiziert werden, vielmehr könnten beide, je nach Population, Krankheit und Therapie, Gültigkeit haben. Zudem gilt es im Kontext des demographischen Wandels zu berücksichtigen, dass die Veränderung familiärer Strukturen, insbesondere die Zunahme von Einzelhaushalten, die Notwendigkeit externer Pflege erhöht. Die zu erwartende steigende Nachfrage nach Pflegeleistungen dürfte es den professionellen Anbietern zunehmend ermöglichen, Kostensteigerungen durch Preiserhöhungen zu kompensieren. Dies bedeutet, dass bei einer weiterhin starren Budgetierung der Pflegeleistungen ihr Realwert im Zeitablauf spürbar sinken wird.

Die SPV steht damit vor der Alternative, entweder das reale Leistungsniveau mit Hilfe einer Dynamisierung bei stark steigenden Beiträgen aufrechtzuerhalten oder bei schwächer zunehmenden Beitragssätzen die realen Leistungen auf ein Niveau abzusenken, das mit dem ursprünglichen Ziel der Pflegeversicherung konfligiert.

Abbildung 24

Das Risiko der Pflegebedürftigkeit nach Lebensalter (in % der Bevölkerung)



Quelle: BMGS (2004), eigene Darstellung

5.7 Ausgestaltungsdifferenzen, Schnittstellenproblematik und Defizitanalyse

557. Die gesetzliche Krankenversicherung und die Pflegeversicherung unterscheiden sich in grundlegenden Prinzipien voneinander. Tabelle 60 weist diese Unterschiede systematisch aus.

Unabhängig von der unterschiedlichen Ausgestaltung der Systeme überschneiden sich Zuständigkeitsbereiche der beiden Versicherungen. Im Einzelfall ist die Unterscheidung zwischen Krankenbehandlungs- und Pflegebedürftigkeit oft nicht eindeutig zu treffen. Dies trifft insbesondere bei älteren Menschen zu, deren Pflegebedürftigkeit in aller Regel eng mit Multimorbidität und chronischen Erkrankungen verknüpft ist.

5.7.1 ‚Vollkaskoversicherung' versus ‚Teilkaskoversicherung'

558. In der Umgangssprache wird die GKV als ‚Vollkaskoversicherung' bezeichnet, da sie im Erkrankungsfall das Schadensrisiko in vollem Maß abdeckt, solange die Leistungen den Umfang des Notwendigen nicht überschreiten. Eine obere Grenze der Ausgaben pro Versichertem gibt es nicht. Die Pflegeversicherung hingegen übernimmt die Kosten, die durch Pflegebedürftigkeit entstehen, nur bis zu einer Obergrenze, kann also als ‚Teilkaskoversicherung' bezeichnet werden. Die tatsächlich entstehenden Kosten und der Bedarf des Pflegebedürftigen haben auf diese Obergrenze keinen Einfluss. Um den vollen Versorgungsbedarf zu decken, müssen die Pflegebedürftigen selbst oder ihre Angehörigen bzw. die Sozialhilfe die über den Grenzbetrag hinaus entstehenden Kosten tragen.[127]

Die Lösung im Sinne einer ‚Teilkaskoversicherung' erlaubte bei der Einführung der Pflegeversicherung eine schnelle Absicherung des Pflegerisikos. Problematisch ist jedoch, dass die Pflegeversicherung in breiten Bevölkerungskreisen die Wahrnehmung stützt, gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit abgesichert zu sein. Sie kann dadurch die private Vorsorge hemmen. Vor allem aus diesem Grund sollte die Öffentlichkeit besser über das Prinzip der Teilabsicherung im Falle einer Pflegebedürftigkeit informiert werden. Informationen und dadurch angestoßene Initiativen zur Vorsorge könnten die Eigenverantwortung stärken und die Ausgestaltung individueller Pflegearrangements unterstützen.

[127] Das ‚Sozialhilferisiko' älterer Menschen ist im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen sehr gering. Die Sozialhilfequote von Kindern ist mit 7,2 % mehr als doppelt so hoch wie im Bevölkerungsdurchschnitt mit 3,4 %. Die Sozialhilfequote alleinerziehender Frauen liegt gar bei 26,3 %. Bei Personen ab 65 Jahren beträgt die Sozialhilfequote derzeit nur 0,7 % (2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung 2005).

Tabelle 60

Gegenüberstellung der Organisationsunterschiede der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung

Gesetzliche Krankenversicherung	Soziale Pflegeversicherung
‚Vollkaskoversicherung'	‚Teilkaskoversicherung'
Risikostrukturausgleich	ausgabenorientierter Finanzausgleich
wettbewerbliches System	nichtwettbewerbliches System
Festlegung des Beitragssatzes durch die jeweilige Krankenkasse (bei gleicher Beitragsbemessungsgrenze)	Festlegung des Beitragssatzes durch den Gesetzgeber (bei gleicher Beitragsbemessungsgrenze)
Leistungen nach dem Bedarfsprinzip	Leistungen nach dem Budgetprinzip
Heterogenität in der Ausgestaltung der Vertragsverantwortlichkeiten (unterschiedliche Vertragsausgestaltung auf Landesebene, Modellprojekte usw.)	gemeinsames und einheitliches Vorgehen in der Ausgestaltung der Vertragsverantwortlichkeiten (die einzelne Pflegekasse verfügt nicht über eigene Entscheidungsspielräume)
In der Regel Leistungsgewährung bei Inanspruchnahme (implizite Leistungsgewährung)	Leistungsgewährung nach Antrag und Begutachtung (explizite Leistungsgewährung)
sektorale Budgetierung	Gesamtbudget
geringe Wahlmöglichkeiten bei den Leistungen	größere Wahlmöglichkeiten bei den Leistungen (Sach- oder Geldleistungen in der ambulanten Versorgung, ambulante oder stationäre Versorgung)

Quelle: Eigene Darstellung

5.7.2 Risikostrukturausgleich versus ausgabenorientierter Finanzausgleich

559. Die Versicherten- und Ausgabenstruktur unterscheidet sich zwischen den einzelnen Krankenkassen sowie dementsprechend zwischen den Pflegekassen. Daher wurden verschiedene Finanzausgleichssysteme etabliert. In der GKV erfolgt ein Ausgleich auf Grundlage standardisierter, alters- und geschlechtsspezifischer Leistungsausgaben, dem ‚Risikostrukturausgleich' (RSA), in der Pflegeversicherung werden die tatsächlichen Ausgaben für Leistungen der einzelnen Pflegekassen ausgeglichen.

Die Pflegeversicherung wurde als nicht wettbewerbliches System konzipiert. Um einen bundeseinheitlichen Beitragssatz in der Pflegeversicherung zu gewährleisten, führt das Bundesversicherungsamt einen kassenartenübergreifenden Finanzausgleich durch. Nach § 66 Abs. 1 SGB XI tragen die Pflegekassen gemeinsam die Leistungsaufwendungen und die Verwaltungskosten im Verhältnis ihrer Beitragseinnahmen. Zu diesem Zweck erfolgt zunächst ein monatlicher Liquiditätsausgleich und nach Ablauf des Kalenderjahres ein ergänzender Jahresausgleich. Insgesamt schafft der Ausgleich Anreize, Leistungen, die in beiden Versicherungszweigen erstattungsfähig sind, von der wettbewerblichen GKV in die SPV zu verschieben.

Die Diskrepanz zwischen den Ausgleichssystemen ist oft kritisiert worden. Wenn beide Versicherungszweige in ihrer Eigenständigkeit erhalten bleiben, erscheint ein Ausgleich der Risikostruktur zwischen den Pflegekassen analog dem RSA in der GKV zielführend. Die zugrunde gelegten Kriterien müssten genau definiert werden. Neben der Anzahl der Versicherten, dem Alter und Geschlecht müssten Indikatoren hinzutreten, die den Grad der Pflegebedürftigkeit angeben, ohne Anreize zur Anhebung der Pflegestufe zu setzen.

5.7.3 Kassenspezifischer versus einheitlicher Beitragssatz

560. In der gesetzlichen Krankenversicherung besitzt jede Krankenkasse die Möglichkeit, ihren Beitragssatz innerhalb gewisser Grenzen selbst zu bestimmen. Dem Wettbewerb über den Umfang des Leistungskatalogs sind nach derzeitigem Recht enge Grenzen gesetzt. Der Beitragssatz bildet somit den zentralen Wettbewerbsparameter in der GKV. Für den Versicherten und den Arbeitgeber handelt es sich bei der Wahl der Krankenkasse vorrangig um eine Preisentscheidung (vgl. IGES et al. 2001a; Lauterbach, K.W. u. Wille, E. 2001). Die Krankenkassen, die unterdurchschnittliche Leistungsausgaben ausweisen, können tendenziell günstigere Beitragssätze anbieten. Gestaltungsspielraum, um die Beitragssätze zu senken, besteht neben der Absenkung der Verwaltungsausgaben, der Verbesserung der Vertragspolitik und der Beeinflussung der Versichertenstruktur in der Verweigerung z. B. von rehabilitativen Leistungen sowie Heil- und Hilfsmitteln. Über die Bereiche Prävention und Rehabilitation können die Kassen über attraktive Zusatzangebote aber auch versuchen, neue Mitglieder zu gewinnen (Plute, G. 2002).

561. Der Beitragssatz wird in der Pflegeversicherung gemäß § 55 Abs. 1 SGB XI bundeseinheitlich für alle Pflegekassen durch Gesetz festgelegt und kann auch nur einheitlich durch Gesetzesänderungen angepasst werden. Die Pflegeversicherung ist ein Zweig der Sozialversicherung, in dem der Beitragssatz im Unterschied zur GKV und Rentenversicherung in den letzten Jahren konstant geblieben ist. Der einheitliche Beitragssatz soll dafür sorgen, dass Mitglieder von Pflegekassen mit einem hohen Anteil an Pflegebedürftigen und daraus resultierenden höheren Leistungsausgaben nicht stärker belastet werden. Weiter soll die Risikoselektion verhindert und die Höhe der Lohnnebenkosten durch die Beitragssatzstabilität begrenzt werden.

562. Der mit einem Finanzausgleich verbundene bundeseinheitliche, kassenartenübergreifende Beitragssatz besitzt jedoch auch gravierende Nachteile. Er nimmt den Versicherten jede Möglichkeit, im Sinne von Souveränität und Eigenverantwortung eine Pflegekasse auszuwählen, die den Versicherungsschutz zu vergleichsweise günstigen Konditionen anbietet. Der Versicherte verfügt bei der Wahl der Pflegekasse weder auf der Leistungs- noch auf der Finanzierungsseite über Alternativen. Im Unterschied zur GKV können die Versicherten im Rahmen der Pflegeversicherung nicht über ihre Kassenwahl die Geschäftspolitik der Pflegekassen beeinflussen und so auch keine Effizienz- und Effektivitätsverbesserungen auslösen. Für die Pflegekassen sind die Anreize zu wirtschaftlichem Verhalten beschränkt. Die gesamten Leistungsausgaben und Verwaltungskosten werden von den Pflegekassen gemeinschaftlich getragen (vgl. Breyer, F. et. al. 2004).

Der einheitliche Beitragssatz in Verbindung mit dem Finanzausgleich der Pflegekassen setzt keine Anreize zu effizientem und effektivem Handeln (vgl. IGES et al. 2001b). Sämtliche kostensenkenden Effekte, die eine Pflegekasse, z. B. durch niedrigere Personalausgaben oder geringere Leistungsausgaben infolge eines erfolgreichen Pflege-Fallmanagements, erzielen kann, werden nivelliert, da sie auch den konkurrierenden Pflegekassen zugute kommen. Auch eine Profilierung über den Leistungskatalog ist nicht möglich. Der Finanzausgleich führt also zu einer Überwälzung aller überdurchschnittlichen Ausgaben, auch derer, die auf Unwirtschaftlichkeit beruhen, von einzelnen Pflegekassen auf die gesamte Versichertengemeinschaft.

In der GKV leidet die Effizienz und Effektivität der Versorgung u. a. darunter, dass die Krankenkassen vor allem im Vertragsbereich kaum über Wettbewerbsparameter verfügen. Die Konzeption der Pflegeversicherung schließt schon von ihrem Ansatz bzw. ihren ökonomischen Anreizen her nicht nur jeden Wettbewerb unter den Pflegekassen, sondern auch deren Streben nach Effizienz und Effektivität aus.

563. Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil vom 3. April 2001 festgestellt, dass es mit dem Grundgesetz nicht vereinbar ist, wenn Personen, die Kinder betreuen und erziehen und damit einen generativen Beitrag leisten, den gleichen Beitrag zur Pflegeversicherung zahlen wie kinderlose Mitglieder. Ein einheitlicher Beitrags-

satz für alle Versicherten durfte laut Urteil längstens bis 31. Dezember 2004 gelten. Das Gesetz zur Berücksichtigung der Kindererziehung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung ist zum 1. Januar 2005 in Kraft getreten. Kinderlose zahlen nun einen zusätzlichen Beitrag von 0,25 Prozentpunkten zur Pflegeversicherung.[128] Bei einem Einkommen an der Bemessungsgrenze von 3 525 € steigt die Belastung des Arbeitnehmers um 8,82 € auf 38,78 € pro Monat. Die auf 800 Mio. € geschätzten Mehreinnahmen durch die betroffenen 13 Mio. Beschäftigten sollen zur Deckung des seit Jahren wachsenden Defizits der Pflegeversicherung verwandt werden.

564. Diese Regelung berücksichtigt zwar die Betreuung und Erziehung von Kindern, wie im Urteil verlangt. Der Umfang dieser Aufwendungen, der maßgeblich von der Anzahl der Kinder abhängt, findet jedoch keine Berücksichtigung. Auch die Nichtberücksichtigung aller Kinderlosen, die vor 1940 geboren sind, ist zu überdenken, da gerade diese Menschen, ohne über einen längeren Zeitraum eingezahlt zu haben, von den Leistungen profitieren.[129] Unterschiede bei der Inanspruchnahme sind zwischen kinderlosen und Versicherten mit Kindern bei der stationären Pflege nachweisbar. Die Gesamtausgaben für über 60-jährige kinderlose Pflegebedürftige liegen rund 10 % höher als die Ausgaben für Pflegebedürftige mit Kindern (zit. nach Borchert, J. u. Reimann, A. 2004). Während Betroffene mit Kindern vor allem Pflegegeld in Anspruch nehmen und dieses an Familienangehörige, die Pflege leisten, weitergeben, nutzen Kinderlose häufiger die teureren Sachleistungen.

565. Eine Würdigung des generativen Beitrags, den Eltern leisten, scheint einfacher und gerechter, wenn er über die Einkommensteuer erfolgt. Hierbei kann nicht nur die Anzahl der Kinder, sondern auch die finanzielle Belastbarkeit der Familie berücksichtigt werden. Das Bundesverfassungsgericht hat der Regierung nicht nur die Prüfung der Pflegeversicherung, sondern aller Sozialversicherungszweige auf Berücksichtigung von Erziehungsleistungen aufgetragen. Der Ausgleich über das Steuersystem erscheint vor diesem Hintergrund am praktikabelsten.

5.7.4 Leistungen nach dem Bedarfsprinzip versus Budgetprinzip

566. Während die GKV im Sinne einer Vollversicherung prinzipiell den gesamten objektivierten Behandlungsbedarf eines Patienten abdeckt, sieht die Pflegeversicherung für die Pflegebedürftigen ein festes Budget vor, das jedoch in Abhängigkeit von gewissen Merkmalen wie Schweregrad und Leistungsart variiert. Dabei erfuhr der budgetierte Leistungsumfang der Pflegeversicherung bisher keine nominelle Anpassung anhand ökonomischer Indikatoren. Diese starre Festschreibung des Leistungsumfangs trug wesentlich dazu bei, den Beitragssatz von 1,7 % stabil zu halten. Der Beitragssatz ergibt sich aus dem Gesetz als Quotient aus den gesamten Pflegeausgaben und den aggregierten beitragspflichtigen Einnahmen eines Jahres. Bei konstanten nominalen Ausgaben pro Pflegefall bleibt der Beitrag stabil, wenn die Fallzahlen bei gegebener Struktur nicht stärker als die beitragspflichtigen Einnahmen zunehmen.

567. Die ökonomischen Effekte einer fixen Budgetierung der Leistungen in der SPV schlagen sich somit bei den Pflegebedürftigen und/oder den Leistungserbringern nieder. Bei einer Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis, einer Zunahme der Anzahl der Pflegebedürftigen sinkt bei starrer nominaler Budgetierung der Realwert der Pflegeleistung. Dieser kann aus einer Reduktion der Menge an Pflegeleistungen und/oder einer Abnahme der Leistungsqualität bestehen. Das reale Leistungsniveau lässt sich dann nur aufrechterhalten, wenn die Pflegebedürftigen die Differenz aus ihrem Einkommen bzw. Vermögen finanzieren, oder wenn Sozialhilfe gewährt wird. Hält die starre Budgetierung über einen längeren Zeitraum bei steigenden Preisen für Pflegeleistungen an, werden viele Pflegebedürftige trotz Pflegeversicherung wieder auf Sozialhilfe angewiesen sein. Um den Realwert der Leistungen in der Pflegeversicherung aufrechtzuerhalten, muss das Budget dynamisiert werden. Aufgrund der Personalintensität der Pflegeleistungen erscheint es notwendig, dass das Dynamisierungsniveau über dem Anstieg des allgemeinen Preisniveaus für die Lebenshaltung liegt.

568. Die Krankenkassen handeln entsprechend ihrem Anreizsystem rational, wenn sie alle Kosten und Leistungen, die in den Grenzbereich zwischen Krankheit und Pflegebedürftigkeit fallen, in die Pflegeversicherung verschieben. Sie können die Chance der Kostenverschiebung z. B. bei Vertragsvereinbarungen mit Anbietern nutzen, die Leistungen für beide Versorgungssegmente erbringen (vgl. IGES et al. 2001b). Bei der Verlagerung von Leistungen in die Pflegeversicherung verletzen die Kassen allerdings die Interessen der Pflegebedürftigen, denen infolge der starren Budgetierung in der Pflegeversicherung nur noch ein reduziertes Leistungsvolumen verbleibt. Eine Gewährung derselben Leistung durch die GKV ließe das Leistungsvolumen in der Pflegeversicherung unangetastet.

So musste sich das Bundessozialgericht mit der auf den ersten Blick skurrilen Frage auseinandersetzen, ob das ‚An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen' zum Aufgabenbereich der GKV oder der Pflegeversicherung gehört (vgl. Urteil vom 30. Oktober 2001, B 3 KR 2/01 R). Die Krankenkassen plädieren aus den genannten Gründen für eine Zuordnung zur Pflegeversicherung.

---

[128] Kinderlose Mitglieder müssen den höheren Beitragssatz zahlen, wenn sie über 23 Jahre alt sind. Damit zahlen sie statt der bisherigen 0,85 Prozent künftig einen Beitrag in Höhe von 1,1 Prozent ihres Bruttoeinkommens. Der Arbeitgeberanteil in Höhe von 0,85 Prozent bleibt unverändert.
Das Gesetz sieht zudem vor, dass Personen, die vor 1940 geboren sind, von dieser Regelung ausgenommen sind. Auch Empfänger des Arbeitslosengelds II müssen den Zuschlag auf den Beitragssatz nicht zahlen.

[129] Auch wenn nach Ausführungen des Bundesverfassungsgerichts das Ausgleichserfordernis zwischen Kindererziehenden und Kinderlosen der betroffenen Jahrgänge keine Rolle spielt. Die Menschen, die vor 1940 geboren wurden, haben im ausreichenden Maß Kinder geboren und erzogen.

Diese Einstufung geht eindeutig zu Lasten der Pflegebedürftigen. In dem speziellen Fall beansprucht diese Leistung fast 80 % des monatlichen Budgets in der Pflegestufe I.[130]

569. Sollte es zu einer langfristigen Zusammenlegung der GKV und SPV kommen, erscheint es unabdingbar, genau festzulegen, welche Leistungen in welchem Umfang nach welchen Versicherungsprinzipien gewährt werden.

Der Leistungskatalog der Krankenversicherung ist eher offen angelegt. Dem behandelnden Arzt kommen weitreichende Kompetenzen zu. Das Leistungsprogramm der Pflegeversicherung ist dagegen begrenzt, und es ist gesetzlich detailliert ausgeführt, welche Hilfe unter welchen Umständen gewährt wird. Leistungen werden erst nach Beurteilung durch oft mehrere Sachkundige genehmigt.

570. Auch wenn es wünschenswert wäre, jedem Pflegebedürftigen Pflegeleistungen nach seinem Bedarf zur Verfügung zu stellen, ist dies unter den gegebenen finanziellen Prämissen nicht realisierbar. Um dem Sinken des Realwerts der Pflegeleistungen entgegenzuwirken, sollte eine Dynamisierung des Geld- und Sachleistungsumfangs erfolgen, wobei die nominale Wachstumsrate um etwa einen Prozentpunkt über der allgemeinen Inflationsrate liegen sollte. Die ambulanten Pflegesätze sollten rückwirkend ab dem Zeitpunkt ihrer Einführung um die Inflationsrate angeglichen werden, um so Anreize zu setzen, Pflegebedürftige länger im privaten Umfeld zu halten. Im stationären Bereich ist die Anpassung der Leistungssätze unter Einbezug der Inflationsrate ab dem Einführungsjahr der Dynamisierung ausreichend (siehe Abbildung 25).

Neben der Dynamisierung der Leistungen wird der Einrichtung von persönlichen Budgets große Bedeutung beigemessen. Der Pflegebedürftige erhält so die Möglichkeit, den gewährten Betrag seiner gegenwärtigen Hilfebedürftigkeit entsprechend einzusetzen. Bei vielen Pflegebedürftigen schwankt der Unterstützungsbedarf im Zeitverlauf (siehe hierzu auch Kapitel 5.9.2).

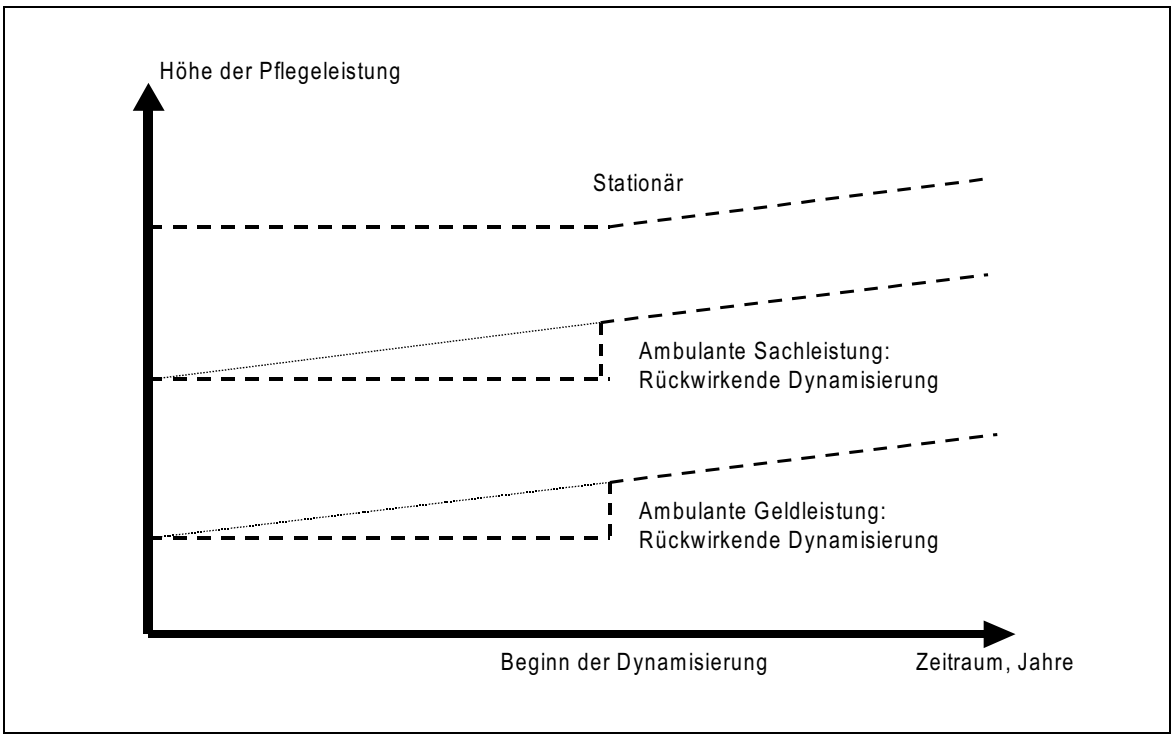
5.7.5 Heterogene versus einheitliche Vertragsverantwortlichkeiten

571. In der GKV etabliert sich zunehmend ein mannigfaltiges System der Gestaltung der Vertragbeziehungen zwischen Krankenkasse und Leistungsanbietern. Verhandlungen erfolgen teilweise gemeinsam und einheitlich, teilweise jedoch auch zwischen einzelnen Krankenkassen und einzelnen Leistungsanbietern im Rahmen von Modellprojekten und Strukturverträgen auf Landesebene

[130] Gemäß § 37 SGB V werden die Kosten für das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2 in der häuslichen Krankenpflege von der GKV übernommen.

Abbildung 25

Dynamisierung der Leistungen im Zeitverlauf



Quelle: Eigene Darstellung

oder im Rahmen der integrierten Versorgung nach § 140 a–f SGB V.

In der Pflegeversicherung liegt der Sicherstellungsauftrag nach § 69 SGB XI bei den Pflegekassen, die mit den Trägern von Pflegedienstleistungen und sonstigen Leistungserbringern Versorgungsverträge, Leistungs-, Qualitäts- und Vergütungsvereinbarungen schließen. Bei diesen Verträgen und Vereinbarungen treten die Pflegekassen, zumeist auf Landesebene, gemeinsam und einheitlich auf. Eine Pflegekasse besitzt somit nicht nur wegen des Finanzausgleichs keinerlei Anreize zu Effizienz- und Effektivitätsverbesserungen, sie besitzt auch keine Entscheidungsspielräume bzw. Wettbewerbsparameter im Vertragsbereich. Es existiert somit im Gegensatz zur GKV weder zwischen verschiedenen Kassen noch zwischen diesen und den Leistungserbringern eine wettbewerbliche Orientierung. Wettbewerbliche Beziehungen bestehen allenfalls zwischen den Leistungserbringern und den Pflegebedürftigen als Endverbrauchern bzw. ihren Familienangehörigen als substitutiven Nachfragern. Einem funktionsfähigen Wettbewerb stehen hier allerdings die eingeschränkte Markttransparenz auf der Nachfrageseite und die kollektiven Vergütungsregelungen entgegen (vgl. Rothgang, H. 2000).

572. Eine Möglichkeit, den Wettbewerb ohne eingreifende Veränderungen im System zu realisieren und Grundlagen der Kalkulation transparenter zu machen, wäre die Zulassung von Verträgen zwischen einzelnen Pflegekassen und einzelnen Pflegeheimen oder Pflegeheimketten. Diese Verhandlungen würden an die Stelle der bisherigen Verhandlungen der Landesverbände der Pflegekassen, der Träger der Sozialhilfe und der Träger des Pflegeheims nach § 85 SGB XI treten. Die Zulassung von Pflegeeinrichtungen nach §§ 71 und 72 SGB XI bleibt von diesen Änderungsvorschlägen unberührt.

Die Leistungen sind zwar je nach Pflegestufe festgeschrieben, die Zuzahlungen, die bei stationärer Pflege anfallen, müssen jedoch von den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen aufgebracht werden. Pflegekassen könnten ihren Versicherten spezielle Tarife in ausgewählten Einrichtungen anbieten. Jeder Versicherte hätte jedoch weiter die Möglichkeit, sich auch für einen anderen Anbieter zu entscheiden, er muss dann nur eventuell höhere Zuzahlungen in Kauf nehmen.

5.7.6 Implizite versus explizite Leistungsgewährung

573. Die Leistungen werden sowohl in der GKV als auch in der Pflegeversicherung auf Antrag gewährt. In der Mehrzahl der Leistungsbereiche erfolgt in der GKV eine Gewährung ohne speziellen Antrag (implizit), in der Pflegeversicherung erfolgt sie in allen Fällen durch ein explizites Antragsverfahren mit Prüfung durch den MDK. Die unterschiedlichen Voraussetzungen der Leistungsinanspruchnahme können sowohl in der GKV als auch in der SPV richtungsweisende Impulse liefern. Synergien dürften sich besonders dann ergeben, wenn die Leistungen der SPV in die GKV integriert würden. Zudem könnten der Zugang besser gesteuert und die Versorgungseinrichtungen besser ausgelastet werden.

5.7.7 Schnittstellen zwischen Rehabilitation, Prävention und Pflege

574. Im Gutachten 2003 (Band II, Kap. 5) wurde die Stellung der Rehabilitation im Rahmen der Pflege beleuchtet. Mit Pflegebedürftigkeit verbindet sich die Vorstellung eines irreversiblen und progredienten Zustands, der im besten Fall verlangsamt, nicht jedoch umgekehrt werden kann. Die Rehabilitationspotenziale hochbetagter und pflegebedürftiger Menschen werden daher selten gesehen und gefördert. Es ist belegt, dass das Rehabilitationspotenzial bei älteren Menschen durchgängig unterschätzt wird (Martin, S. et al. 2002; Plute, G. 2002; Jeschke, D. u. Zeilberger, K. 2004).

Der Grundsatz ‚Rehabilitation vor Pflege' folgt der Annahme, dass auch hochbetagte Menschen Rehabilitationspotenzial besitzen. Pflegebedürftigkeit wird danach als eine Situation verstanden, deren Eintrittswahrscheinlichkeit und -zeitpunkt beeinflusst werden kann. Der Vorrang rehabilitativer vor pflegerischen Maßnahmen gilt als zentraler Eckpunkt der Pflegeversicherung und als Ziel der Gesundheits- und Sozialpolitik (Plute, G. 2004). Pflegebedürftigkeit könnte durch präventive und rehabilitative Maßnahmen erfolgreich und dauerhaft verhindert, verzögert oder beschränkt werden (vgl. Gutachten 2003, Band II, Kap. 5.).

575. Die Ursachen für die mangelnde Umsetzung der Rehabilitation in der Pflege sind vielfältig. Neben Defiziten in der Ausbildung von Pflegekräften und Ärzten tragen ungenügende Motivation bei den Leistungsempfängern und Leistungserbringern zur unzureichenden Ausschöpfung dieser Potenziale bei. Die Pflegeversicherung kann keine Anreize setzen, da Prävention und Rehabilitation in den Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen fallen.

Nach dem traditionellen Modell des ‚sequentiellen Krankheitsverlaufs' stellen Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege entsprechend den Phasen eines idealtypischen natürlichen Krankheitsverlaufs aufeinander folgende Maßnahmen dar. Dieses Verständnis von Versorgung führt zur Unterschätzung des präventiven und rehabilitativen Potenzials der Pflegebedürftigen und schreibt der Pflege im Widerspruch moderner Erkenntnisse einen Platz am Ende der Versorgungskette zu (Gutachten 2000/2001, Band III.1, Kapitel 7.4.1).

576. Die Krankenkassen besitzen kein originäres Interesse, Rehabilitation im Pflegefall anzubieten, da Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht, d. h. die ‚Ermessensleistungen' (§ 266 Abs. 4 SGB V), im RSA nicht ausgeglichen werden. Sie werden nicht berücksichtigt, weil sie als Leistungen gelten, deren Umfang von den Krankenkassen beeinflusst werden kann. Dadurch werden jedoch Anreize gesetzt, diese Maßnahmen nicht zu fördern bzw. die Bewilligung zu erschweren und stattdessen Pflegebedürftigkeit in Kauf zu nehmen. Erbringt eine Krankenkasse dennoch rehabilitative Leistungen,

schwächt dies in letzter Konsequenz ihre Wettbewerbsposition. Den Patienten zu rehabilitieren verbraucht Ressourcen, von denen die Pflegeversicherung profitiert, wenn die Pflegebedürftigkeit wirklich abgewendet, abgeschwächt oder hinausgezögert werden kann. Arbeitet eine Krankenkasse jedoch ein gutes Präventions- und Rehabilitationsangebot aus, könnte dies eher die schlechten Risiken anziehen und damit die Wettbewerbsposition insgesamt schwächen (IGES et al. 2002).

577. Auch die sozialrechtliche Ausgestaltung blockiert die Umsetzung des in § 31 SGB XI festgelegten Grundsatzes ‚Rehabilitation vor Pflege'. So sind die Pflegekassen nach § 32 SGB XI verpflichtet, Vorleistungen für die medizinische Rehabilitation im Fall der sofortigen Notwendigkeit zu erbringen. Die Möglichkeit vorläufiger Leistungsgewährung beschränkt sich auf ambulante Rehabilitationsleistungen, der zuständige Rehabilitationsträger muss jedoch zeitnah unterrichtet und auf die Dringlichkeit hingewiesen werden. Wenn die Pflegekasse die Notwendigkeit einer Rehabilitationsmaßnahme ohne sofortige Dringlichkeit der Erbringung feststellt und dies dem zuständigen Rehabilitationsträger mitteilt, sind die Handlungsmöglichkeiten der Pflegekasse bereits erschöpft. Sie hat keine Entscheidungsgewalt, ob und ggf. welche Maßnahmen durchzuführen sind. Sie hat lediglich die Hinwirkungs- und Mitteilungspflicht gegenüber den Rehabilitationsträgern. Den Versicherten gegenüber tritt sie nur als beratende Instanz auf (Plute, G. 2002).

Diese Einschätzung, dass Rehabilitationsträger im Sinne des § 6 SGB IX (Kranken-, Renten- und Unfallversicherung) oft keinen Handlungsbedarf bei Pflegebedürftigen sehen, bestätigt sich in Befragungen. Mitarbeiter von Krankenkassen, die sich an Modellversuchen zur geriatrischen Rehabilitation beteiligten, gaben an, dass die Rehabilitation Pflegebedürftiger eher ein additives Angebot sei und mehr Kosten verursache als einspare. Durch rehabilitative Maßnahmen sei sehr oft keine geringere Pflegestufe zu erreichen und auch die Leistungen für Pflege und Behandlung blieben nach Einschätzung der Befragten unverändert (Plute, G. 2002). Die Mitarbeiter berücksichtigten laut dieser Befragung die empirisch nachgewiesenen Rehabilitationspotenziale Pflegebedürftiger nicht. Diese Einschätzung beeinflusst die Genehmigung rehabilitativer Maßnahmen entscheidend. Auch bei der Bewilligung von Rehabilitationsmaßnahmen Erwerbstätiger bleibt das Rehabilitationspotenzial unberücksichtigt. Sehr viel bedeutsamer für die Gewährung ist die Art der Krankenkasse, die Gestaltung des Verhältnisses der Krankenkasse zum MDK und die Art der beantragten Maßnahme (Marstedt, G. et al. 1993).

578. Eine Autorengruppe des MDK untersuchte 1995 die Empfehlungen zur Rehabilitation in Pflegegutachten. Es ließ sich ein negativer Zusammenhang zwischen Empfehlung und dem Alter der begutachteten Person nachweisen. Je älter eine begutachtete Person war, desto seltener wurden rehabilitative Maßnahmen empfohlen (zit. nach Plute, G. 2002) (Tabelle 61).

Grund für die niedrige Anzahl an Empfehlungen könnte das geringe Interesse der Krankenkasse an Rehabilitationsmaßnahmen sein. Da befürwortete Rehabilitationsmaßnahmen oft nicht umgesetzt werden, werden sie auch gar nicht mehr empfohlen (Lucke, M. et al. 1997).

579. Die Pflegegutachten des MDK werden in der Regel weder an den Pflegebedürftigen noch an den Hausarzt weitergeleitet. Der Versicherte erhält das Gutachten nur in begründeten Ausnahmefällen, wenn er z. B. Widerspruch gegen den Pflegebescheid einlegen will. Im Pflegebescheid, der jedem Pflegebedürftigen zugeht, werden die Rehabilitationsempfehlungen nicht ausgeführt, im Regelfall erhält der Pflegebedürftige keine Informationen über das angenommene Rehabilitationspotenzial. Es gibt keine Bestimmung, die sicherstellt, dass die Empfehlungen des MDK zur Kenntnis gegeben und umgesetzt werden. Zu Rehabilitationsmaßnahmen kommt es in der Regel nur, wenn Angehörige die Initiative ergreifen. Dies erfolgt selten. Selbst wenn die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen Kenntnis von der Empfehlung haben, ist das Interesse oft gering. In keinem der untersuchten Fälle sind die Krankenkassen von sich aus auf die Pflegebedürftigen zugegangen (Lucke, M. et al. 1997).

580. Auch bei der Umsetzung von Prävention ergeben sich Probleme aus den widersprüchlichen gesetzlichen Rahmenbedingungen. Die soziale Pflegeversicherung räumt Prävention zwar Vorrang vor Pflege ein, aber aus diesem Vorrang ergibt sich kein Anspruch des Pflegebe-

Tabelle 61

Häufigkeit der Empfehlung von Rehabilitationsmaßnahmen in Pflegegutachten (in Prozent)

	Personen aller Altersgruppen	**Personen ab 60 Jahren**
Krankengymnastik	*11,5 bis 15,3*	*6,6*
Ergotherapie	*2,1 bis 3,2*	*0,7*
Logotherapie	*1,2 bis 2,3*	*0,8*
sonstige Rehabilitationsmaßnahmen	*4,7 bis 5,4*	keine Angaben

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Plute, G. (2002)

dürftigen auf Präventionsleistungen. Leistungen nach SGB XI werden nur bei Behinderung und/oder Krankheit gewährt. Präventive Leistungen werden nicht vergütet. Aufgrund dieser Anreize dient Pflege vorrangig dem Ausgleich der Einschränkungen. Prävention ist somit Nebenprodukt einer pflegerischen Intervention, nicht deren Ziel. Dadurch werden die mit dem Gesetz verbundenen präventiven Ansätze, z. B. der aktivierenden Pflege, sowohl aus der Perspektive der Leistungserbringer als auch aus der Perspektive der Pflegebedürftigen nicht durch Anreize gefördert. Rehabilitative und/oder präventive Strukturen haben sich vor diesem Hintergrund bisher nicht ausbilden können.

Ein Grund für diese Problematik dürfte der eng gesteckte finanzielle Rahmen der Pflegeversicherung sein. Rehabilitative Leistungen wurden nicht in den Leistungskatalog aufgenommen (Jung, K. 1997). Die Finanzierung der rehabilitativen Leistungen obliegt den Krankenkassen. Mit dieser Entscheidung wurde das Erfolgsinteresse von der Finanzierungslast getrennt.

581. Die Analyse zeigt, dass Rehabilitation besser von dem Träger finanziert werden sollte, der auch von ihrem Erfolg profitiert. Nur so kann die Last der Finanzierung durch das Interesse am potenziellen Rehabilitationserfolg kompensiert werden. Bei der derzeitigen Rechtslage hat der Träger kein Interesse an der Erbringung der Maßnahme. Selbst wenn sie erbracht wird, ist ihre Effizienz von nachgeordneter Bedeutung für den Finanzier.

Das Schnittstellenproblem tritt auch zwischen der Krankenkasse und der Rentenversicherung auf, aufgrund der gespaltenen Zuständigkeit kann sich keine gesamtverantwortliche Handlungsweise entwickeln (Marstedt, G. et al. 1993).

582. Es bestehen mehrere Möglichkeiten, das Schnittstellenproblem zwischen Rehabilitation und Pflege zu entschärfen. Ein Mittel wäre die Bildung von kassenübergreifend finanzierten Budgets für die Rehabilitation Pflegebedürftiger, die bei der Pflegeversicherung angesiedelt und gemäß den gutachterlichen Empfehlungen des MDK bewilligt werden könnten. Die Abklärung des rehabilitativen Potenzials, z. B. im Rahmen einer geriatrischen Bewertung, müsste als Pflichtleistung in das SGB XI aufgenommen werden (vgl. Gutachten 2003, Band II, Ziffer 571). Eine andere Möglichkeit wäre die Anerkennung der Pflegekassen als Rehabilitationsträger. Damit würde die Trennung von Finanzierungslast und Erfolgsinteresse bei der geriatrischen Rehabilitation aufgehoben und die Verantwortlichkeit vollständig den Pflegekassen übertragen.

5.8 Besondere Problemlage – Demenz

583. Demenzielle Erkrankungen gehören zu den „häufigsten und folgenreichsten psychiatrischen Erkrankungen im höheren Alter, die neben den außergewöhnlichen Belastungen für Betroffene und Pflegende mit hohen gesellschaftlichen Kosten verbunden sind“ (BMFSFJ 2002, S. 164).

Die problematische Versorgungssituation bei Pflegebedürftigen mit einer demenziellen Erkrankung wird seit einigen Jahren vermehrt diskutiert. Die Betrachtung der Demenz als Problembereich im folgenden Abschnitt soll nicht darüber hinweg täuschen, dass die pflegerische Versorgungssituation auch bei anderen Patientengruppen Defizite aufweist, u. a. bei Sterbenden, jüngeren psychisch Kranken, Migranten mit Pflegebedarf und in jüngerer Zeit auch bei vorzeitig aus dem Krankenhaus entlassenen Patienten (vgl. Schaeffer, D. u. Ewers, M. 2002a u. 2002c).

5.8.1 Vorbemerkungen und Angaben zur Krankheitslast

584. Wenn von einem demenziellen Syndrom oder einer Demenz gesprochen wird, dann handelt es sich um eine psychische Störung von Krankheitswert und nicht um Begleiterscheinungen des normalen kognitiven Alterns. Im Alter laufen kognitive Prozesse verlangsamt ab. Es ist nicht ausgeschlossen, dass der leichte Rückgang kognitiver Leistungen in ein demenzielles Syndrom übergeht (Bischkopf, J. et al. 2002, vgl. Lu, Z.L. et al. 2005).

585. Die Demenz ist eine fortschreitende Erkrankung. Sie tritt nahezu ausschließlich im höheren Lebensalter auf. Das unterscheidet sie von allen anderen psychiatrischen Störungen, deren Anteil im höheren Lebensalter geringer wird (z. B. Alkoholabhängigkeit) oder sich über alle Altersgruppen gleich verteilt (z. B. depressive Störung). Wesentliche Voraussetzung für die Diagnose einer Demenz ist der Nachweis der Abnahme an Gedächtnisleistung und Denkvermögen mit deutlicher Beeinträchtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens.

Die Gedächtnisstörungen betreffen Aufnahme, Speicherung und Wiedergabe neuer Informationen wie auch die Fähigkeit zum vernünftigen Urteilen; der Ideenfluss wird vermindert. Demenz beginnt mit diskreten Verlusten, die vom Betroffenen noch als solche wahrgenommen werden. Die Betroffenen versuchen meist, diese Beeinträchtigungen zu verharmlosen oder zu verleugnen. Schon frühzeitig ist es für den Erkrankten mühevoll, sich mehr als einem Reiz gleichzeitig zuzuwenden, also beispielsweise im Gespräch mit anderen Personen die Aufmerksamkeit von einem Thema auf ein anderes zu richten. Für Demenzkranke ist die Erfassung komplexer Zusammenhänge schwierig, dies zeigt sich u. a. im Sprachverständnis, das völlig aufgehoben sein kann. Die Wortfindung ist erschwert, die Wortflüssigkeit nimmt ab. Im fortgeschrittenen Stadium beschränken sich sprachliche Äußerungen auf einzelne Worte oder einfache Sätze mit fehlerhafter Syntax. Gestört sind weiter Sprachproduktion und Sprachverständnis, Einordnung und Deutung des Wahrgenommenen, Lese- bzw. Rechenfähigkeit, räumliche und zeitliche Orientierung sowie visuokonstruktive Fähigkeiten (Beeinträchtigung des Erkennens, Zusammenfügens oder Zeichnens von Figuren).

Bei Fortschreiten der Erkrankung geht auch das Langzeitgedächtnis verloren. Wahnbildungen und Wahrnehmungsstörungen beeinträchtigen den Kranken und erschweren den Umgang mit ihm. Diese Störungen sind so ausgeprägt, dass sie die persönlichen Aktivitäten des täglichen Lebens, wie Waschen, Essen, An- und Ausziehen

oder die körperliche Hygiene deutlich beeinträchtigen. Das Endstadium ist gekennzeichnet durch Schwerstpflegebedürftigkeit verbunden mit u. a. Bettlägerigkeit, Immobilität, Ernährungsstörungen und den daraus resultierenden Risiken. Der Kranke bedarf erheblicher Pflege und Betreuung. Hinzu kommt, dass der Versorgungsbedarf demenziell Erkrankter charakteristischerweise zu einer starken Mitbetroffenheit der Betreuenden führt und rein familiale Pflegemöglichkeiten vergleichsweise schnell erschöpft sind (Bruder, J. 2002). Professionelle Hilfen und die nicht selten stattfindende Institutionalisierung gehen wiederum mit einem nicht unerheblichen finanziellen Bedarf einher.

Der zentralnervöse Abbauprozess kann primär durch neurodegenerative Prozesse entstehen – bei der Alzheimer-Krankheit – oder sich sekundär als Folge anderer, das Gehirn mittelbar betreffender Erkrankungen entwickeln – bei vaskulären Demenzen (Kühl, K.-P. u. Hellweg, R. 2004).

586. Die Klassifikation der Demenzen wird kontrovers diskutiert. Klinisch wird zwischen kortikalen, subkortikalen und Mischformen der Demenz unterschieden:

– prototypisch für die kortikale Demenz sind die Alzheimer-Krankheit und die frontotemporale Demenz, die wiederum drei Formen zusammenfasst (semantische Demenz, Morbus Pick und primär progressive Aphasie),

– zu den subkortikalen Demenzen zählen Morbus Parkinson, Chorea Huntington, aber auch bestimmte Arten der vaskulären Demenz wie die Binswanger-Krankheit,

– neben den reinen Ausprägungen gibt es auch Mischformen, die bekanntesten sind die vaskulären Demenzen, bei denen gefäß- und durchblutungsbedingte Störungen sowohl kortikal als auch subkortikal liegen.

Andere Erkrankungen, die die integrativen Leistungen des Gehirns beeinflussen, sind intrakranielle Raumforderungen wie der Normaldruck-Hydrocephalus, toxische und metabolische Encephalopathien (Korsakow-Syndrom als Folge einer Alkohol-Abhängigkeit) sowie entzündliche und infektiöse Prozesse (Creutzfeld-Jacob-Krankheit, Demenz bei AIDS).

587. Genaue Angaben über die Gesamtanzahl an Demenzkranken in Deutschland variieren stark, auch Daten über die Anzahl der jährlichen Neuerkrankungen sind nicht verfügbar. Die in Deutschland angegebenen Zahlen beruhen auf Schätzungen (Bickel, H. 1999). Unter der Demenz vom Alzheimer-Typ leiden 55 % aller Dementen, die vaskulären Demenzen haben einen Anteil von 20–40 % (Knecht, S. u. Berger, K. 2004). Diese Zahlen sind umstritten. Auch wenn die meisten an Demenz Erkrankten ohne Zweifel unter dem Typ Alzheimer leiden, bleibt die Aufteilung nach anderen Ursachen, wie vaskuläre Veränderungen oder alkoholbedingte Formen unsicher (Jäncke, L. 2004). Ein Grund für die unklare Ursachenzuschreibung ist das gleichzeitige Auftreten mehrerer pathophysiologischer Veränderungen, die eine Demenz bedingen, d. h. zu einer vaskulären Schädigung entwickelt sich eine milde Alzheimer-Krankheit, und beides zusammen macht eine Demenz klinisch manifest.

588. Schon jetzt zählen Demenzen und demenzassoziierte Erkrankungen in vielen Industrienationen nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Malignomen und Insulten zu den häufigsten Todesursachen (Kühl, K.-P. u. Hellweg, R. 2004). Aufgrund der hohen Prävalenz (vgl. Tabelle 62) gehört die Demenz in den Industrienationen zu den kostenintensiven Erkrankungen (Hallauer, J.F. et al. 2002).

Aktuellen Daten zufolge leiden ca. 1,2 Mio. Menschen in Deutschland an einer demenziellen Erkrankung. Ein großer Teil der Erkrankten lebt, wie in anderen Industrienationen auch, in Privathaushalten. In Deutschland beträgt die Anteil ca. 60 % (BMFSFJ 2002).

589. Sollte sich die Lebenserwartung wie prognostiziert entwickeln, ergibt sich ein besorgniserregender Befund. Bis zum Jahr 2020 ist – wenn sich Prävention und Therapiemöglichkeiten nicht wesentlich verbessern – mit 1,4 Mio., bis zum Jahr 2050 mit mehr als 2 Mio. demenziell Erkrankten in Deutschland zu rechnen (Bickel, H. 2001). Das gilt unabhängig davon, dass die Menschen in Deutschland immer gesünder altern. Die Häufigkeit demenzieller Erkrankungen wird in den nächsten Jahren eine große Herausforderung darstellen, auf die die Gesellschaft bisher nur unzureichend vorbereitet ist.

590. Die Definition der Pflegebedürftigkeit im SGB XI ist in Bezug auf pflegebedürftige Personen mit besonderem Betreuungsbedarf, wie z. B. demenziell Erkrankte, kritisch zu bewerten. Das Gesetz beschreibt Pflegebedürftigkeit als Folge von Krankheit oder Behinderung. Es grenzt dabei keine der möglichen Ursachen von Krank-

Tabelle 62

Prävalenz von mittelschweren und schweren Demenzen in Deutschland (in Prozent)

Alter in Jahren	65–69	70–74	75–79	80–84	85–89	90+
Anteil in %	*1,2*	*2,8*	*6,0*	*13,3*	*23,9*	*34,6*

Quelle: Bickel, H. (1999)

heit oder Behinderung aus, engt jedoch das professionell erbrachte Leistungsspektrum auf körperbezogene Verrichtungen ein. Anhand der Notwendigkeit dieser Verrichtungen wird der Pflegebedarf festgestellt. Obwohl die Ursache für die Unfähigkeit der Ausübung dieser Verrichtungen sowohl in motorischen als auch kognitiven oder psychischen Einschränkungen liegen kann, bleibt der Bedarf an allgemeiner Betreuung und Beaufsichtigung weitgehend unberücksichtigt. Auch der Bedarf an Kommunikation oder systematischer geistiger und physischer Aktivierung findet keine Beachtung. Einen Betreuungsbedarf, wie ein Demenzkranker ihn benötigt, sieht das Gesetz nicht vor (GVG 2003; Klie, T. 2004; Priester, K. 2004).

591. Zukünftig wird dieser Gruppe Pflegebedürftiger jedoch verstärkte Aufmerksamkeit geschenkt werden müssen. Die Benachteiligung der altersverwirrten Antragsteller stellt ein bisher ungelöstes Problem dar, auch wenn der erste Schritt in die richtige Richtung bereits getan ist. Mit dem im Jahr 2001 eingefügten § 45 a–c SGB XI ist ein zusätzlicher Betreuungsbetrag bei dementen Pflegebedürftigen bis zu einer Höchstgrenze von 460 € pro Kalenderjahr bewilligt worden.

592. Das exponentiell steigende Risiko, im Alter an Demenz zu erkranken, wird sich in seiner ganzen Bandbreite erst im Laufe der nächsten Jahre offenbaren. Welche personellen und finanziellen Ressourcen für die Versorgung dieser Kranken aufgebracht werden müssen, ist schwer vorauszuberechnen. Derzeit werden die monetären Kosten für die Versorgung eines Demenzkranken auf ca. 44 000 € pro Jahr geschätzt (Hallauer, J. et al. 2000).

5.8.2 Diagnostik

593. Die Symptomatik der demenziellen Erkrankungen ist vielgestaltig und je nach Demenztyp verschieden. Der Nachweis der Abnahme mnestischer und anderer kognitiver Leistungen ist das wichtigste Kriterium zur Einleitung der Demenzdiagnostik. Die zu erfüllenden Kriterien bei Diagnosestellung unterscheiden sich in den beiden modernen Klassifikationssystemen psychischer Störungen (ICD-10 und DSM-IV). Als Schwellenwert dient jedoch die Beeinträchtigung der Alltagskompetenz, die sich über eine Dauer von sechs Monaten erstrecken muss.

Die Diagnostik einer Demenz kann auf mehreren Ebenen erfolgen. Neben klinischen und testpsychologischen Untersuchungen wächst langsam die Bedeutung bildgebender und labortechnischer Verfahren. Ein CT oder MRT ist wichtiger Bestandteil der Diagnostik. Bei diagnostisch unklaren Demenzen ist eine Verlaufsuntersuchung empfehlenswert. Laboruntersuchungen zielen in erster Linie auf den Nachweis einer behandelbaren Ursache oder Begleiterkrankung wie z. B. Diabetes mellitus II oder Hyperlipidämien, dienen also der Ausschlussdiagnostik. Die klinische Untersuchung mit Erhebung der Anamnese, der Fremdanamnese, des psychopathologischen und körperlichen Befunds ist in der Mehrzahl der Fälle nach wie vor das wichtigste Instrument der Diagnosestellung (Förstl, H. et al. 2003).

Die Diagnostik der Demenz hat folgende Bestandteile:

594. Die Erhebung der **Anamnese** ist einer der wichtigsten Parameter bei der Diagnostik. Dabei wird die persönliche Anamnese des Betroffenen, seine Familienanamnese und eine ‚Landkarte' seiner Symptomatik, d. h. die nähere Betrachtung der Symptome, ihr zeitliches Auftreten, ihre Qualität und Intensität, die Lokalisation und Ausstrahlung sowie die Beschreibung der Umstände erhoben, die ein Symptom verschlimmern oder mildern. Entscheidende Hinweise geben oft nahestehende Personen wie Angehörige oder betreuende Pflegekräfte.

595. Die **klinische Untersuchung** umfasst einen internistischen, neurologischen und psychiatrischen Status. Der psychopathologische Befund ist Ausgangspunkt der weiteren Demenzdiagnostik. Ausgeschlossen werden muss das (vorübergehende) Auftreten der Gedächtnisstörung im Rahmen eines Delirs, zu dem meist eine Bewusstseinsstörung gehört, und im Rahmen einer affektiven Erkrankung, einer Depression.

596. Die **neuropsychologische Untersuchung** dient dazu, die kognitiven Fähigkeiten differenziert zu erfassen. Die geläufigsten Testverfahren sind der Mini-Mental-Status (MMS) nach Folstein, der Uhrentest nach Ploenes, C. (1994), der gut die visuokonstruktive Funktion verzeichnet und der Trail-making-Test (Reitan, R.M. 1958) zur Untersuchung der kognitiven Leistungsgeschwindigkeit. Mit der CERARD-Testbatterie (Welsh, K.A. et al. 1994) kann standardisiert nach Defiziten bei Wortfindung und Wortflüssigkeit, unmittelbarer und verzögerter Merkfähigkeit und konstruktiver Praxis gesucht werden. Die Mitarbeit der Angehörigen kann erleichternd durch den Einsatz der Nurses Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER) (Spiegel, R. 1989) erbracht werden.

597. Wenn psychopathologisch ein Demenzsyndrom vorliegt und der klinische Befund psychometrisch vertieft worden ist, folgen **laborchemische Untersuchungen** zur weiteren Abklärung. Sie sind differentialdiagnostisch zum Ausschluss sekundärer Demenzformen wichtig. Folgende Parameter werden bestimmt: Blutbild, Blutsenkung, Nierenparameter (Kreatinin, Harnstoff), Urinstatus, Leberparameter (Bilirubin, Transaminasen, GT, alkalische Phosphatase), Elektrolyte (Natrium, Kalium, Calcium, Magnesium, Chlorid), Schilddrüsenparameter (T3, T4, TSH), Vitamine (B12, Folsäure). Routinemäßig wird auch eine Lumbalpunktion mit Liquoranalyse durchgeführt, um entzündliche Erkrankungen des ZNS auszuschließen.

598. Mit Hilfe der **apparativen Zusatzdiagnostik** wie CT oder MRT können morphologische Veränderungen des Gehirns dargestellt werden. Beide Verfahren sind heutzutage unbestritten ein Teil der Erstdiagnostik. Im Fall der vaskulären Demenzen ist die MRT von größerer Sensitivität als die CT. Die MRT hat ferner Bedeutung, weil mit ihrer Anwendung der Verlauf einer Demenz vom Alzheimer-Typ über die Volumenreduktion verfolgt werden kann. Sie dient auch dem Ausschluss der ‚heilbaren Demenzen'. Der Anteil dieser Demenzen schwankt zwischen 4 und 14 % (Stoppe, G. u. Staedt, J. 1993). In einer Metaanalyse konnte nachgewiesen werden, dass 9 % der als dement Diagnostizierten an einer Form erkrankt waren, die sich bei Behandlung zurückbilden kann, wie Vitaminmangel oder unzureichende Flüssigkeitszufuhr. Die Einleitung der Therapie erfolgte in den meisten Fällen jedoch zu spät, und nur bei jedem Zwanzigsten dieser Patientengruppe bildete sich die Symptomatik teilweise oder vollständig zurück (Clarfield, A.M. 2003).

599. Die Diagnostik muss zunächst klären, ob ein demenzielles Syndrom vorliegt. In dieser Phase ist die Abgrenzung von depressiven Störungen wichtig. Im Frühstadium einer Demenz besteht eine große Überlappung des klinischen Bildes. Insbesondere bei der frontotemporalen Demenz sind affektive Auffälligkeiten beeindruckender als die kognitiven Defizite, so dass sie leicht verkannt werden. Die Frühdiagnose der Demenz ist wünschenswert, weil die verfügbaren pharmakotherapeutischen Möglichkeiten eine vorübergehende Kompensation bewirken können. Je früher die Verzögerung der Progression einsetzt, umso höher ist das Maß an Lebensqualität, das zumindest für eine begrenzte Zeit erreicht werden kann.

600. Wenn die Diagnose so weit gesichert ist und die behandelbaren Ursachen gefunden oder ausgeschaltet werden konnten, folgt die Unterscheidung der Demenz vom Alzheimer-Typ (DAT) von der vaskulären Demenz (VD). In der Wissenschaft haben sich für die Diagnosestellung der DAT die Kriterien der NINCDS-ADRDA (McKhann, G. et al. 1984) und für die vaskuläre Demenz die Kriterien der NINCDS-AIREN (Roman, G.C. et al. 1993) etabliert.

601. NINCDS-ADRDA-Kriterien

1. Die klinischen Kriterien zur Diagnose eines wahrscheinlichen Morbus Alzheimer umfassen

- das Vorliegen einer Demenz nach klinischen Kriterien, zusätzlich dokumentiert durch den Mini-Mental-Test, die Blessed-Demenz-Skala oder eine ähnliche Untersuchung und bestätigt durch neuropsychologische Tests,
- Defizite in zwei oder mehr kognitiven Bereichen,
- progrediente Verschlechterung von Gedächtnis und anderen kognitiven Funktionen,
- keine Bewusstseinsstörung,
- Beginn zwischen dem 40. und 90. Lebensjahr, meist nach dem 65. Lebensjahr,
- Fehlen systemischer Störungen oder anderer Hirnerkrankungen, die ihrerseits die progredienten Störungen von Gedächtnis und Kognition erklären könnten.

2. Die Diagnose eines wahrscheinlichen Morbus Alzheimer wird gestützt durch

- progrediente Verschlechterung spezifischer kognitiver Leistungen wie Sprache (Aphasie), motorischer Fähigkeiten (Apraxie) und Wahrnehmung (Agnosie); gestörte Funktionalität im Alltag und Veränderung von Verhaltensmustern,
- positive Familienanamnese für ähnliche Erkrankungen, insbesondere, wenn sie neuropathologisch bestätigt wurden,
- bei den Zusatzuntersuchungen:
- normaler Liquor in den Standarduntersuchungen,
- normales oder unspezifisch verändertes EEG, beispielsweise in Form vermehrten Auftretens langsamer Wellen,
- Hinweis auf Hirnatrophie im CT, die bei späteren Kontrolluntersuchungen zunimmt.

3. Andere klinische Kriterien, die mit der Diagnose eines wahrscheinlichen Morbus Alzheimer nach Ausschluss anderer Demenzformen in Einklang zu bringen sind, umfassen

- Plateaubildung im Verlauf der Erkrankung,
- Begleitsymptome in Gestalt von Depression, Schlaflosigkeit, Inkontinenz, Wahn, illusionärer Verkennung, Halluzinationen, Katastrophenreaktion mit verbalen, emotionalen oder physischen Erregungszuständen, sexuelle Störungen und Gewichtsverlust,

– andere neurologische Auffälligkeiten wie erhöhter Muskeltonus, Myoklonus oder Gangstörungen (im fortgeschrittenen Stadium),

– epileptische Anfälle (im fortgeschrittenen Stadium),

– altersentsprechend unauffälliges CT.

4. Kriterien, die die Diagnose eines wahrscheinlichen Morbus Alzheimer unsicher oder unwahrscheinlich machen, umfassen

– plötzlicher apoplektiformer Beginn,

– fokale neurologische Symptome wie Hemiparese, Sensibilitätsstörungen, Gesichtsfeldausfälle oder Koordinationsstörungen im Frühstadium,

– epileptische Anfälle oder Gangstörungen zu Beginn oder im Initialstadium der Erkrankung.

5. Die klinische Diagnose eines möglichen Morbus Alzheimer kann erfolgen

– auf der Grundlage eines demenziellen Syndroms in Abwesenheit anderer neurologischer, psychiatrischer oder systemischer Erkrankungen, die für sich genommen eine Demenz hervorrufen können, oder angesichts von Abweichungen vom typischen Bild (siehe oben) hinsichtlich des Beginns, der Symptomatik oder des Verlaufs der Erkrankung; sie kann erfolgen bei Vorliegen einer zweiten systemischen oder zerebralen Erkrankung, die zwar für sich genommen eine Demenz hervorrufen kann, die sie jedoch im speziellen Fall nicht hinreichend erklärt,

– sie sollte bei wissenschaftlichen Untersuchungen dann gestellt werden, wenn ein isoliertes, schrittweise progredientes schweres kognitives Defizit beim Fehlen anderer identifizierbarer Ursachen vorliegt.

6. Kriterien für die Diagnose eines definitiven Morbus Alzheimer sind die klinischen Kriterien des wahrscheinlichen Morbus Alzheimer plus entsprechende histopathologische Befunde bei der Biopsie oder Autopsie.

7. Die Klassifikation des Morbus Alzheimer für Forschungszwecke sollte folgende Kriterien berücksichtigen, die Untertypen der Erkrankung definieren könnten:

– familiäres Vorkommen,

– Beginn vor dem 65. Lebensjahr,

– Vorliegen einer Trisomie 21,

– gemeinsames Auftreten mit anderen wesentlichen Erkrankungen wie z. B. Morbus Parkinson.

Im nervenärztlichen Alltag gilt folgende Unterscheidung:

602. Kriterien für eine Demenz vom Alzheimer-Typ (DAT)

– Vorliegen einer Demenz,

– schleichender Beginn mit progredientem Verlauf und allmählicher Verschlechterung,

– Fehlen eines apoplektischen Ereignisses oder neurologischer Auffälligkeiten in der Vorphase der Erkrankung,

– Ausschluss aller anderen spezifischen Ursachen einer Demenz durch Anamnese, körperlichen Befund und technische Zusatzuntersuchungen.

603. Kriterien für eine vaskuläre Demenz (VD)

– Vorliegen einer Demenz,

– plötzlicher Beginn und schrittweise Verschlechterung mit fluktuierendem Verlauf,

– neurologische Herdzeichen und -symptome (z. B. Lähmungen einer Extremität, positives Babinski-Zeichen),

– zusätzliche Merkmale

– arterieller Hochdruck,

– Affektlabilität,

– vorübergehende Bewusstseinstrübung oder delirante Symptome,

– relativ guter Erhalt der Persönlichkeit,

– Hinweise aus der Anamnese, dem körperlichen Befund und den technischen Zusatzuntersuchungen für eine bedeutsame zerebrovaskuläre Erkrankung, die einen ätiologischen Zusammenhang mit der Störung nahe legt.

604. Während man früher von einer Demenz vom Alzheimer-Typ erst dann sprach, wenn alle anderen zu erwägenden Demenzformen ausgeschlossen waren, so sind heute die spezifischen Veränderungen der einzelnen Formen besser bekannt und zu identifizieren. Letztlich stellen sich jedoch die untrüglichen Zeichen der Alzheimer-Demenz erst bei der Obduktion dar: die Verminderung der Neuronenzahl in diversen Regionen, die Abnahme der Anzahl kortikaler Synapsen, die Anhäufung der senilen Plaques und die Neurofibrillenveränderungen.

5.8.3 Krankheitsverlauf

605. Die Demenz wird unabhängig vom Typ in drei Schweregrade unterteilt: die leichte, mittelschwere und schwere Demenz (DSM-4). Die leichte Demenz zeichnet sich u. a. durch herabgesetztes Potenzial, Neues zu erlernen, Verlegen von Gegenständen, Vergessen von Verabredungen und neuer Informationen aus. Die Fähigkeit, unabhängig zu leben, ist erhalten, produktive Tätigkeit und soziale Aktivität sind jedoch deutlich beeinträchtigt. Liegt eine mittelgradige Demenz vor, wird nur gut gelernte und vertraute Information behalten, neue Informationen werden nur selten und kurz erinnert. Die selbständige Lebensführung ist nur mit Schwierigkeiten möglich und ein gewisses Maß an Anleitung und Kontrolle ist erforderlich. In der Phase der schweren Demenz liegen schwere Gedächtnisverluste vor. Diese Menschen sind nicht mehr fähig, neue Informationen zu behalten. Es bleiben lediglich Fragmente von früher Gelerntem, auch nahe Verwandte werden nicht mehr erkannt. Gegen Ende des Krankheitsverlaufes sind auch motorische Fähigkeiten beeinträchtigt. Die Patienten werden bettlägerig und versterben in der Regel an Komplikationen (u. a. Pneumonie, Sepsis).

606. Eine Einschätzung des Schweregrads ist für die Zuordnung zu optimaler Therapie und Versorgung sinnvoll. Zu den gängigsten Instrumenten zählt die *Global Deterioration Scale* (Reisberg, B. et al 1982), die in Deutschland im Jahr 2000 als Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 2000 erschien (siehe Tabelle 63).

607. Der gesamte Krankheitsverlauf einer Demenz vom Alzheimer-Typ zieht sich über ca. sieben bis zehn Jahre

Tabelle 63

Differenzierte Schweregradeinteilung bei der Alzheimerkrankheit

SG	Symptomatik
1	Unauffällig, keine Beschwerden.
2	Subjektive Beschwerden über Vergesslichkeit, Verlegen von Gegenständen, Wortfindungsschwierigkeiten, Schwierigkeiten, genauso schnell zu lesen oder zu verstehen wie früher. Es gibt keine objektivierbaren Auffälligkeiten.
3	Erste objektivierbare Beeinträchtigungen. Vergisst gelegentlich den Wochentag, was es zum Mittagessen gab oder welches Buch gerade gelesen wurde. Einige ‚weiße Flecken' in der persönlichen Vorgeschichte. Verwirrung, wenn mehr als eine Sache gleichzeitig zu erledigen ist. Wiederholtes Fragen. Gelegentlich Verstimmung und um die eigene Gesundheit besorgtes Nachfragen. Die Defizite zeigen sich auch in psychometrischen Tests.
4	Mäßige Beeinträchtigungen. Schwierigkeiten, den eigenen Lebenslauf zu erinnern, Gesprächen zu folgen, einfache Haushaltstätigkeiten zu übernehmen, bei Bankgeschäften oder Einkauf. Probleme, Bekannte am Telefon wieder zuerkennen. Die Schwierigkeiten spiegeln sich in allen psychometrischen Tests wider.
5	Mittelschwere Beeinträchtigungen. Kann keine Abgaben zur eigenen Adresse machen und erinnert wesentliche Inhalte seines Lebenslaufes nicht mehr. Unsicher zu Tag, Monat und Jahr sowie zum herrschenden Wetter. Schlafstörungen. Wahnvorstellungen.
6	Schwere Beeinträchtigungen. Unsicher zu Zeit, Aufenthaltsort und eigenem Namen. Häufig wird der Name des Lebenspartners nicht mehr erinnert. Geringe Kenntnisse aktueller Ereignisse. Hilfe beim Waschen, Baden und Anziehen nötig. Blasen- und Darminkontinenz. Beim Besteck kann nur noch der Löffel adäquat verwendet werden. Tag-Nacht-Umkehr. Zielloses Umherlaufen. Verbale oder physische Aggressivität.
7	Sehr schwere Beeinträchtigungen. Sprache auf ein bis zwei Worte reduziert. Häufig Bettlägerigkeit. Keine Vorstellung vom eigenen Namen. Unfähig, von eins bis zehn zu zählen. Durchgängig Hilfe erforderlich. Zum Ende nicht mehr in der Lage, den Kopf zu heben. Ernährung nur noch intravenös oder über Katheter möglich.

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2000)

von Diagnosestellung bis zum Tode hin, wenn man davon ausgeht, dass bereits einige Jahre vor Diagnosestellung wahrnehmbare Störungen des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit auftreten (Schäuffele, M. et al. 1999; Förstl, H. 2001).

608. Das klinische Erscheinungsbild einer Demenz vom Alzheimer-Typ ist weitgehend einheitlich. Es zeichnet sich durch langsame und unaufhaltsam zunehmende Progression aus. Das Kurzzeitgedächtnis und die Lernfähigkeit sind häufig von Anfang an betroffen. Neben den kognitiven treten oft zusätzlich psychiatrische Störungen wie wahnhafte Verkennung, depressive Verstimmung, Unruhe und Schlafstörungen auf. Vaskuläre Demenzen unterscheiden sich klinisch kaum von der Alzheimer-Demenz. Demenzen vom vaskulären Typ beginnen oft plötzlich, verlaufen eher fluktuierend. Die Erkrankung muss nicht zwingend progredient verlaufen. Einzelne Symptome treten in unterschiedlicher zeitlicher Abfolge auf, die geistige Verfassung kann starken Schwankungen unterliegen. Veränderungen der emotionalen Verfassung und Wesensveränderungen oder Einschränkungen der Urteilsfähigkeit können schon sehr früh auftreten, während Gedächtnisstörungen erst später zum Tragen kommen. Der Krankheitsverlauf sekundärer Demenzen ist oft beeinflussbar, sobald die Ursachen bekannt sind.

5.8.4 Risikofaktoren und Protektoren

609. Grundsätzlich geht die epidemiologische Erforschung der Risikofaktoren für Demenzerkrankungen mit einer Reihe methodischer Probleme einher. So ist es in epidemiologischen Studien oft nicht möglich, die Demenz vom Typ Alzheimer und vaskuläre Demenzen klinisch voneinander zu unterscheiden. Infolgedessen wird die Identifikation unterschiedlicher Risikofaktoren durch die mangelnde Differenzierung dieser beiden Demenzformen in epidemiologischen Untersuchungen erschwert. Darüber hinaus sind retrospektive Studien bei der Datenermittlung auf die Aussagen von Angehörigen angewiesen (Seidler, A. 2004).

610. Das Lebensalter ist der Hauptrisikofaktor für das demenzielle Syndrom, insbesondere für die Alzheimer-Erkrankung. Ab dem 65. Lebensjahr verdoppelt sich die Prävalenz nach jeweils fünf Lebensjahren (Jorm, A.F. et al. 1987, Neuropathology Group of the Medical Council Cognitive Function and Aging Study 2001). Da Altersprozesse die Vulnerabilität des Organismus und seine Empfänglichkeit für Krankheiten erhöhen (Jäncke, L. 2004). Die Überlagerung von normalen Prozessen und Krankheitsfolgen macht eine saubere Trennung nicht möglich. Die Ursache für die mit dem Alter steigende Prävalenz ist ungeklärt. Ein weiterer wichtiger Risikofaktor ist das Vorhandensein von Verwandten ersten Grades, die von einer Demenzerkrankung betroffen sind (Breteler, M.M.B. et al. 1992). Die Beteiligung genetischer Faktoren an der Ätiologie der Alzheimer-Krankheit ist schon seit vielen Jahren bekannt. Familiär können genetische Mutationen auf den Chromosomen 21, 14 und 1 auftreten, sind aber eher selten. Nur bei 6–7 % aller Fälle von Alzheimer-Demenz findet sich die Erkrankung familiär in einer solchen Weise gehäuft, dass ein Vererbungsmodus angenommen werden kann (Duara, R. et al. 1993). Herausgestellt hat sich allerdings, dass Apolipoprotein E 4 (ApoE4), eine genetische Variante des Einweißstoffs Apolipoprotein E, für eine größere Zahl von Menschen das Risiko erhöhen könnte, an einer Demenz zu erkranken (Kurz, A. 1997). ApoE4 fördert womöglich nicht nur die Manifestation der Alzheimer-Krankheit, sondern auch die der vaskulären Demenzen.

611. Es gibt eine Reihe anderer Risikofaktoren, deren Bedeutung in einer Metaanalyse (Hendrie, H.L. 1998) dargestellt wurde (siehe Tabelle 64):

612. In dieser Tabelle ist der Risikofaktor ‚geringe formale Bildung' nicht aufgeführt. Einige Studien zeigten, dass eine geringere bzw. kürzere Schulbildung mit einer höheren Prävalenz der Alzheimer-Demenz einher geht.[131] Die höchste Prävalenz weisen Menschen auf, die Analphabeten sind bzw. keine Schulbildung hatten (Callahan, C.M. et al. 1996). In einer neueren Studie von EURODEM ließen sich diese Ergebnisse lediglich für Frauen nachweisen (Letenneur, L. et al. 2000). Sie lassen sich am ehesten auf Trainingseffekte bei geistiger Arbeit zurückführen, möglich wäre jedoch auch eine gewisse Verzerrung. Besser Ausgebildete könnten in kognitiven Tests deshalb besser abschneiden, weil ihnen die Logik der erwarteten Lösung bekannt ist. Diese Erklärung dürfte die Unterschiede jedoch nicht gänzlich erklären. Generell sind die Risikofaktoren schwer voneinander abzugrenzen, z. B. ‚geringe formale Bildung' gegenüber ‚übermäßiger Alkoholkonsum'. Die Wirkung von Alkohol scheint maßgeblich von der konsumierten Menge abzuhängen, besonders wenn eine genetische Disposition vorliegt. Während sich bei großen Mengen das Risiko erhöht, an einer Demenz zu erkranken, scheinen geringe Mengen eine protektive Wirkung zu haben (Orgogozo, J.-M. et al. 1997; Anttila, T. et al. 2004; Stampfer, M.J. et al. 2005). Dem Nikotinkonsum wurde eine Zeit lang protektiver Charakter zu geschrieben, neuere Studien legen jedoch nahe, dass es sich dabei auch um einen Risikofaktor handeln könnte (Lopez-Arrieta, J.M. et al. 2001).

613. Neben Risikofaktoren für die Alzheimer-Demenz werden in neueren Studien vermehrt auch Protektoren diskutiert. Eine verringerte Inzidenz von Alzheimer-Demenz wird bei erhöhter Aufnahme von in Fisch enthaltenen Fettsäuren vermutet (Barberger-Gateau, P. 2002; Morris, M.C. et al. 2003). Regelmäßige leichte körperliche Bewegung wie schnelles Gehen und Freizeitbeschäftigungen wie Lesen, Tanzen oder Musizieren scheinen das Risiko ebenfalls zu mindern (Verghese, J. et al. 2003; Abbott, R.D. et al. 2004).

---

[131] Diese Ergebnisse führten zur Bildung der ‚Reservekapazitäts-Hypothese'. Dieser Hypothese folgend verfügen Personen mit höherer Bildung über eine größere Reservekapazität des Gehirns als Personen mit niedrigerer Bildung (Seidler, A. 2004). Es gibt Hinweise, dass intensives Lernen die Zahl der synaptischen Verbindungen erhöht und dadurch die kompensatorische Wirkung des Gehirns verbessern kann (Katzman, R. 1993).

Tabelle 64

Risikofaktoren für die Manifestation einer Alzheimer-Krankheit

Risikofaktor	gesichert	wahrscheinlich	unsicher	interaktiv	sehr unsicher
Alter	+				
familiäre Belastung	+				
ApoE4		+		+	
Geschlecht			+	+	
sozialer Status					+
Lebensstil					+
Schädel-Hirntrauma			+	+	
Depression		+			
Hypothyreose			+		
Diabetes			+		
Umweltexposition					+
Aluminium			+		
Zink					+
Rauchen			+	+	
Vitamin B12-Mangel					+
körperliche Inaktivität					+

Quelle: Hendrie, H.L. (1998); BMFSFJ (2002)

Auch ‚gesellschaftliche' Aktivitäten wie ehrenamtliches Engagement, Vereinsmitgliedschaften oder zahlreiche Kontakte zu verschiedenen Personen und Personengruppen scheinen einen großen Einfluss zu haben. In einer deutschen Studie konnte ebenfallsnachgewiesen werden, dass das Risiko, an Demenz zu erkranken, um den Faktor zehn sinkt, wenn ein ausgeprägtes psychosoziales Netzwerk besteht (Seidler, A. 2004). In anderen Studien konnte die protektive Kraft von sozialen Aktivitäten nachgewiesen werden (Fabrigoule, C. et al. 1995; Kropiunigg, U. et al. 1999; Scarmeas, N. et al. 2001).

614. Als Risikofaktoren für eine vaskuläre Demenz, wie für Gefäßveränderungen insgesamt, gelten Hypertonie, Nikotinmissbrauch, Dyslipoproteinämie, Diabetes, Adipositas, koronare Herzerkrankung, Störungen der Koagulation, Gefäßanomalien und Schlafapnoe (vgl. Wetterling, T. 1998).

5.8.5 Therapieansätze

615. Insgesamt sind die bisher zur Verfügung stehenden therapeutischen Mittel unzureichend effizient. Weder die medikamentösen noch die nichtmedikamentösen Therapieansätze stoppen die Progredienz der Alzheimer-Demenz oder verlangsamen sie zumindest so weit, dass die Symptomatik an Bedeutung verliert. Bei den vaskulären und den sekundären Demenzen sind Kontrolle und Behandlung der zugrunde liegenden Erkrankungen wichtig. Bei diesen Erkrankungen kann eine Therapie die Progredienz ermöglichen.

Medikamentöse Therapie

616. Zur medikamentösen Behandlung der Demenzen sind in Deutschland chemische wie auch pflanzliche Substanzen zugelassen. Obwohl die therapeutische Wirksamkeit der Ginkgoextrakte bisher nicht ausreichend wissenschaftlich belegt werden konnte, sind sie mit über 50 % der Verordnungen die führende Präparategruppe bei den Antidementiva (Schwabe, U. 2004). Diese Diskrepanz lässt sich wahrscheinlich auf die Differenz zwischen Idealwirksamkeit (*efficacy*) und Alltagswirksamkeit (*effectiveness*) zurückführen. Sobald Medikamente unter weniger idealen, alltagsnahen Bedingungen eingenommen werden, ist oftmals nur noch ein minimaler oder kein erkennbarer Nutzen mehr zu registrieren (Gutachten 2000/2001, Band II, Ziffer 234 ff.).

Im Gegensatz zu den chemischen Wirkstoffen schafften die Ginkgoextrakte die Aufnahme in Leitlinien und Therapieempfehlungen bisher nur selten, sind aber in der

Ausnahmeregelung der OTC-Mittel (Over the Counter-Mittel, d. h. freiverkäufliche Arzneimittel)[132] enthalten (siehe hierzu auch Tabelle 87 (Kapitel 7): Liste der Ausnahmeindikationen für die Verordnung rezeptfreier Medikamente zu Lasten der GKV, Auszug).

617. Die Verordnung von Cholinesterase-Hemmern und dem in dieser Indikation relativ neu angebotenen Glutamatmodulator Memantine erreicht trotz starker Umsatzzuwächse in den letzten Jahren bisher nur 16 % der Tagesdosen aller verordneten Antidementiva (Schwabe, U. 2004). Cholinesterase-Hemmer sind in den meisten Ländern, die eine Leitlinie zur Behandlung der Demenzen entwickelt haben, darin aufgenommen (NICE 2001, Moise, P. et al. 2004).[133] Die Studienergebnisse wiesen zwar positive Effekte nach, die jedoch im Verhältnis zu den Kosten eher gering waren (AD2000 Collaborative Group 2004).

Ein besonderes Problem bei der Verordnung von Antidementiva ist die begrenzte Wirksamkeit im Vergleich zu Placebo, die Differenz beträgt durchschnittlich lediglich 15–20 %. Auch die Vorhersagbarkeit der therapeutischen Wirksamkeit am einzelnen Patienten ist begrenzt, es fehlen entsprechende Kriterien (Möller, H.-J. 2003).

618. Die Behandlungsdauer mit einem bestimmten Antidementivum hängt vom Therapieeffekt ab. Der Therapieerfolg sollte erst nach drei bis sechs Monaten abgeschätzt werden. Die Chance, die eine Therapie eventuell eröffnet, sollte ausgeschöpft werden. Ist in diesem Zeitraum keine positive Wirkung festzustellen, sollte das Präparat abgesetzt und ein neuer Therapieversuch mit einem anderen Wirkstoff unternommen werden. Die Beurteilung einer Verbesserung ist in vielen Fällen schwierig. Ärzte definieren ‚Verbesserung' in der Regel als ‚Abklingen' der Symptomatik. Bei dieser chronisch progredient verlaufenden Erkrankung greift diese Definition nicht. Andere Kriterien müssen gefunden werden, wie die Einschätzung durch die pflegenden Familienangehörigen, die nicht nur kognitive, sondern auch soziale Fähigkeiten wie Führbarkeit, Ansprechbarkeit und Alltagsfunktionalität (z. B. beim Toilettengang und anderen Alltagsverrichtungen) beurteilen (vgl. Kurz, A. 1999).

619. Viele behandelnde Ärzte erachten die minimalen Verbesserungen, die durch eine Therapie erreicht werden können, als unverhältnismäßig zu ihren Kosten. Darüber hinaus werden sie durch Diskussionen verunsichert, die die Evidenz der Wirksamkeit anzweifeln (vgl. AD2000 Collaborative Group 2004).

Sinnvoll wäre eine Nutzen-Kosten-Analyse, die den Ausgabenanstieg bei adäquater Medikation den Kosten gegenüberstellt, die durch einen eventuell erhöhten Betreuungsaufwand ohne Medikation entstehen. Bisher wirken die Medikamente unzureichend auf die kognitiven Fähigkeiten, scheinen jedoch auf die sozialen Fähigkeiten Auswirkungen zu haben. Der alltägliche Umgang mit Demenzkranken wird so erleichtert.

Die meisten Studien greifen statt patientenrelevanter Wirkungsgrößen wie Heimeinweisung oder Lebensqualität zu oft Parameter auf, die für Alltagsaktivitäten von untergeordneter Bedeutung sind (Hasford, J. 2004). Auch die Entwicklung und Prüfung nicht medikamentöser Therapien ist ein lohnenswerter Bereich, der stärker gefördert werden sollte (vgl. Mittelman, M.S. et al. 1996).

Solange keine aussagekräftigeren Studien zur therapeutischen Wirksamkeit und zum Nutzen der Antidementiva vorliegen, scheint der Einwand nicht vollständig unberechtigt, dass die finanziellen Mittel für die medikamentöse Therapie in der sozialen Unterstützung der Patienten und ihrer Betreuer besser angelegt wären (Singh, D. 2004).

620. Bei nicht kognitiven Symptomen, Störungen des Erlebens und Verhaltens wie wahnhaften Missidentifikationen, Halluzinationen, Ängsten, Affektstörungen oder veränderten Aktivitätsniveaus, sollte nach Auslösern gesucht werden. Häufig lassen sich Situationen vermeiden oder so verändern, dass der Patient nicht mit Angst oder Aggression reagiert. Ein gesteigertes Aktivitätsniveau, das sich durch ‚Wandern' auszeichnet, sollte im Idealfall gelebt werden können. In vielen Fällen jedoch erfordert die Symptomatik eine medikamentöse Therapie. Die Behandlung erfolgt je nach Ausprägung mit konventionellen oder atypischen Neuroleptika, die die bereits vorhandenen kognitiven Einschränkungen nicht verstärken. In Einzelfällen kann aber auch der Einsatz von Sedativa notwendig sein (vgl. Stoppe, G. u. Staedt, J. 1999; Förstl, H. et al. 2003; Lee, P.E. et al. 2004).

Depressive Stimmungslagen werden bei ungefähr jedem fünften Demenzkranken beobachtet. Frauen sind sehr viel häufiger betroffen als Männer. Gerade zu Beginn einer Demenz wird die Depression nicht als solche wahrgenommen, da depressive Veränderungen von der Außenwelt mit der Selbstwahrnehmung der nachlassenden kognitiven Fähigkeiten erklärt werden. Für die medikamentöse Therapie sollten keine anticholinerg wirkenden Antidepressiva, sondern Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) oder MAO-B-Hemmer eingesetzt werden (vgl. Stoppe, G. u. Staedt, J. 1999; Gutachten 2000/2001, Band III.3, Kap. 13; Doody, R.S. et al. 2001; Diehl, J. et al. 2003; Förstl, H. et al. 2003).

621. Die medikamentöse Therapie bei vaskulären Demenzen richtet sich vor allem auf die Hemmung der Gefäßveränderungen. Bei bereits eingetretener Demenz hat sich eine zu starke Blutdrucksenkung als nachteilig erwiesen. Mit Thrombozytenaggregationshemmern und

---

[132] Bekanntmachung des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinien über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinien) vom 16. März 2004; unter F 16.4.17: Ginkgo-biloba-Blätterextrakt (Aceton-Wasser-Auszug, standardisiert) nur zur Behandlung der Demenz.

[133] Aus Sicht des NICE konnte in Studien die therapeutische Wirksamkeit (*effectiveness*) dieser Arzneimittel nachgewiesen werden. Die in den Studien gemessenen Verbesserungen ließen sich jedoch nur bedingt außerhalb der Studien herstellen (NICE 2000). Die Verschreibung von Cholinesterase-Hemmern ist aus diesem Grund an verschiedene Bedingungen geknüpft, wie z. B. Diagnosestellung in einer spezialisierten Klinik, Überweisung nur durch Spezialisten, während der Behandlung wird die Entwicklung der Erkrankung regelmäßig mit Hilfe von standardisierten Tests überprüft (NICE 2004).

-funktionshemmern sowie weitergehender Antikoagulation kann das Embolierisiko gesenkt werden. Zur Prävention weiterer Durchblutungsstörungen kann so eventuell eine Stabilisierung der kognitiven Defizite erreicht werden. Die Studienlage stützt jedoch eher Vermutungen als Empfehlungen (Mielke, R. u. Heiss, W.D. 2003). Mögliche Effekte auf die Progredienz der demenziellen Erkrankung sind zu untersuchen.

Generell steht bisher in der medikamentösen Behandlung von demenziellen Erkrankungen weniger die Bekämpfung der Krankheitsursachen als vielmehr die Verringerung der oft sehr problematischen Symptome im Vordergrund.

Nichtmedikamentöse Therapie

622. Die nichtmedikamentöse Therapie verfolgt verschiedene Ziele. Die kognitive Aktivierung, das Gedächtnistraining und die Realitätsorientierung sollen dem Patienten helfen, seine Alltagskompetenz möglichst lange zu erhalten. Die Erinnerungstherapie und die Selbsterhaltungstherapie wenden sich an das Selbstwertgefühl des Patienten und versuchen, ihn in seiner Identität zu stärken (Romero, B. u. Eder, G. 1992). Die nichtmedikamentösen Therapieansätze umfassen also nicht nur die Behandlung der Erkrankung im engeren Sinne, sondern dienen auch der Anpassung an die nachlassende Leistungsfähigkeit und ihre Konsequenzen. Es gibt Maßnahmen, bei denen neben dem Patienten die Angehörigen bzw. Pflegenden an den therapeutischen Maßnahmen teilnehmen, u. a. um die Umgangsregeln neu zu bestimmen. Auch Logopädie und Physiotherapie sollten je nach Stadium der Erkrankung in Erwägung gezogen werden. In der logopädischen Therapie wird versucht, die beeinträchtigten oder verlorengegangenen Funktionen des Schluckaktes zu verbessern oder wiederherzustellen. Die Physiotherapie soll inaktiven Patienten die Freude an Bewegung vermitteln und so die Mobilität bestmöglich erhalten. Bei der Anwendung dieser therapeutischen Maßnahmen kann die Konfrontation mit den eigenen Defiziten Frustrationen und Depressionen hervorrufen. Eine regelmäßige Anpassung der Therapie an die Leistungsfähigkeit des Dementen ist unumgänglich.

623. Die nichtmedikamentösen Therapiemaßnahmen wirken sich in erster Linie auf Verhaltensauffälligkeiten der Behandelten aus und sollen so die Aufnahme in ein Pflegeheim verzögern. Die Verlangsamung des Fortschreitens und die Abmilderung des Schweregrades der Erkrankung konnten bisher in Studien nicht nachgewiesen werden. Die erreichten Effekte schwanden in der Regel bald nach Beendigung der Maßnahme. Die Methoden wirken also nur, wenn sie ohne Unterbrechung eingesetzt werden. Dennoch können sie keine permanente Therapie sein, denn ihre Wirkung verblasst mit dem Schweregrad der Demenz.

624. Als nichtmedikamentöse Therapie im weiteren Sinne gilt die Milieugestaltung und die Betreuung und Entlastung der Angehörigen. In der Milieutherapie wird der Lebensraum umgestaltet, um so die Selbständigkeit zu erhalten, die Orientierung zu erleichtern, Gefahrenquellen zu minimieren oder Erinnerungen an das frühere Leben wach zu halten. Die Betreuung der Angehörigen umfasst die rechtliche und finanzielle Beratung, die Hilfe bei der Organisation von Unterstützung, die Suche nach Unterbringungsmöglichkeiten und vor allem die psychologische Unterstützung bei der Verarbeitung des Verlustes durch die Erkrankung (vgl. Doody, R.S. et al. 2001; Diehl, J. et al. 2003).

Die Angehörigen müssen lernen, den Abbau des Gedächtnisses als Symptom zu betrachten. Eine kritische oder feindliche Haltung des Kranken ist aus seiner Erkrankung zu erklären. Im Umgang mit Dementen ist Kontinuität besonders wichtig; prägnante kurze Anweisungen, geduldige Wiederholung von Informationen, Überhören von Anschuldigungen, Beständigkeit im Tagesablauf und Vermeidung jeglicher Überforderung helfen bei der Stabilisierung des Kranken.

5.8.6 Versorgungssituation

625. Die Versorgung von Demenzkranken hat sich in den letzten Jahren stark verändert. Wurden Demenzen noch vor drei Jahrzehnten weitgehend als Altersverwirrtheit betrachtet, gibt es heute aussagekräftige diagnostische Verfahren, denen bisher jedoch nur unzureichende therapeutische Maßnahmen gegenüberstehen. Defizite in der Versorgung finden sich besonders in der Früherkennung und im therapeutischen Gesamtkonzept. Es gibt keine definierten Kriterien, die das Frühstadium eindeutig von Alterserscheinungen trennen, und so werden Patienten und Angehörige bei Klagen über nachlassende kognitive Leistungen oft auf ihr Alter hingewiesen. Auch der geringe Vernetzungsgrad und die Kommunikationsdefizite zwischen Facharzt und Hausarzt führen zu Unterversorgung.

626. Im Rahmen einzelner Initiativen, z. B. PRO DEM bemühen sich Ärzte und Therapeuten um Überwindung der durch das System bedingten Schnittstellenprobleme.

Exkurs: Kurzbeschreibung der Initiative PRO DEM

627. PRO DEM ist eine Initiative der Ärzteschaft in Stuhr/Weyhe und des gerontopsychiatrischen Verbandes im Landkreis Diepholz (ca. 60.000 Einwohner). Ziel ist es, Demenzkranke in einer begrenzten Region gemeindenah zu versorgen. Insgesamt nahmen zum Evaluationszeitpunkt 58 Ärzte am Projekt teil. Innerhalb der ersten zwei Jahren konnten 121 Patienten eingebunden werden.

Übergeordnete Ziele sind eine effektive Früherkennung und eine standardisierte Diagnostik und Therapie bei Hirnleistungsstörungen. Angehörige von Demenzkranken werden in das Betreuungskonzept eingebunden.

Die fachliche Kompetenz des Arztes und des Praxisteams wurde durch gerontopsychiatrische Fortbildungen zur Früherkennung, stadiengerechten Therapie und Einbeziehung der Angehörigen erweitert. Langfristig sollten durch das Projekt die verbliebenen Kompetenzen der Demenzkranken gefördert, der Krankheitsverlauf verlangsamt und die stationäre Betreuung möglichst lang hinausgezögert werden. Die Überlastung und die daraus entstehenden Erkrankungen der pflegenden Angehörigen sollten vermindert werden. Das Projekt sieht Beratungsgespräche, Hausbesuche, Betreuungsgruppen für Betroffene, Angehörigenselbsthilfegruppen, Seminare für pflegende Angehörige und Informationsveranstaltungen zur Unterstützung vor. PRO DEM ist eine anerkannte Beratungsstelle nach § 45 SGB XI.

Bisher gelang es, die verschiedenen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen miteinander ins Gespräch zu bringen, Versorgungslücken aufzudecken und Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln, um so eine Behandlungskette zu etablieren. Die Versorgung konnte effektiver gestaltet werden. Neben den bereits bestehenden Versorgungsangeboten wurden neue geschaffen: Patientengruppen, Gesprächsgruppen für Angehörige und ein ehrenamtlicher Betreuungsdienst. Diese Angebote werden gut angenommen.

Bisher gelang es jedoch noch nicht, ein flächendeckendes Kooperationsnetz in der Region aufzubauen, da sich nur ca. die Hälfte der niedergelassenen Ärzte beteiligte.

PRO DEM ist ein eingetragener Verein und finanziert sich überwiegend aus Spenden und Beiträgen sowie aus den Mitteln für niedrigschwellige Betreuungsangebote nach § 45a–c SGB XI. (Klingenberg, A. et al. 2001; Hesse, E. 2004).

5.8.6.1 Diagnostik und Versorgung durch Hausärzte

628. Hausärzte haben in der Diagnostik und Therapie der Demenzen eine bedeutende Position. Sie sind die ersten Ansprechpartner für die Patienten und wissen um die begleitenden Erkrankungen. Sie überblicken die Therapieschemata der Patienten und wissen zumeist um die Belastbarkeitsgrenzen der Betreuenden (BMFSFJ 2002). Sie kennen die Patienten oft über viele Jahre und kognitive Einschränkungen oder Wesensveränderungen müssten ihnen besonders leicht auffallen. Die Diagnosestellung einer Demenz erfolgt hingegen meist erst, wenn die Erkrankung bereits in einem fortgeschrittenen Stadium ist. Gründe für die späte Diagnose sind Zeitmangel, diagnostische Unsicherheit im Frühstadium der Erkrankung, Bedenken, eine Untersuchung und die sich eventuell daran anschließende Aufklärung über die Diagnose und Prognose durchzuführen sowie die geringeren Konsultationsraten in höherem Alter (Van Hout, H. et al. 2000). Die überwiegend internistisch weitergebildeten Hausärzte konzentrieren sich vor allem auf kardiovaskuläre und andere somatische Erkrankungen, auch um die Etikettierung mit einer psychiatrischen Erkrankung zu vermeiden (Wimmer, T. u. Fischer, G.C. 2002). Die jährliche Konsultationsrate bei Hausärzten verringert sich von 15 Kontakten bei Patienten mit leichter Demenz auf einen Kontakt bei Patienten mit schwerer Demenz (Hallauer, J.F. et al. 1999). Die Gründe für dieses Verhalten sind bisher nicht geklärt.

629. Aber auch die Einschätzung, dass die zur Verfügung stehenden Medikamente unzureichend wirksam und im Verhältnis zur Wirkung zu teuer sind, senkt die Bereitschaft, eine diagnostische Abklärung zu veranlassen. Erhalten Hausärzte spezielle Schulungen, ändert sich ihre Einstellung, und das Interesse an der Diagnostik auch im Frühstadium einer Demenz steigt (Ólafsdóttir M. et al. 2001; Renshaw, J. et al. 2001). Generell schätzen Ärzte, die keine demenzspezifische Schulung erhalten haben, die Bedeutung von Alzheimer-Demenz im Vergleich zu vaskulären Demenzen falsch ein, sie diagnostizieren vaskuläre Demenzen häufiger als Alzheimer-Demenzen. Nur ein Drittel der Hausärzte veranlasst eine Überweisung zum Facharzt oder in die Poliklinik zur Diagnostik (Riedel-Heller, S.G. et al. 2000; Wimmer, T. u. Fischer, G.C. 2002).

Die gemessene Sensitivität bei der Diagnostik einer Demenz in der Hausarztpraxis ist schlecht. Eine Demenz wird häufiger bei den Patienten erkannt, bei denen keine körperlichen Erkrankungen vorliegen. Die Diagnoseerkennung verbessert sich, wenn z. B. durch Fortbildungen oder durch eine Studie eine erhöhte Aufmerksamkeit für demenzielle Erkrankungen erzeugt wird (Cooper, B. et al. 1992; Sandholzer, H. et al. 1999). Generell greifen Hausärzte eher mentale Auffälligkeiten auf oder verlassen sich auf Aussagen der Angehörigen. Testuntersuchungen hingegen sind zweitrangig (Riedel-Heller, S.G. et al. 2000). Die Erfolge der Sensibilisierung und Fortbildung bei anderen Erkrankungen, die in Studien bestätigt werden konnten, zeigen, wie sinnvoll diese Maßnahmen sind (Rutz, W. et al. 1989 u. 2001). Hausärzte haben die Chance, Demenzen im Frühstadium aufzudecken, da sie den Patienten über Jahre kennen und so sehr viel einfacher als andere Ärzte Veränderungen registrieren und einordnen können.

630. Die Langzeitbehandlung erfolgt in der Regel beim Hausarzt. Als Ursache wird die mangelnde Bereitschaft der Fachkollegen diskutiert, demente Patienten langfristig zu betreuen (Riedel-Heller, S.G. et al. 2000). Aber auch die Konkurrenzsituation zwischen Haus- und Fachärzten könnte eine Kooperation verhindern. Bedeutender Faktor bei der Überweisung ist die Präferenz der Angehörigen, drängen sie auf eine weitere Abklärung, wird diese in der Regel auch vorgenommen.

5.8.6.2 Diagnostik und Versorgung durch Fachärzte und Memory-Kliniken

631. Die valide Diagnostik einer Demenzerkrankung ist sehr zeitaufwendig. Der Hausarzt sollte nach der Feststellung kognitiver Defizite und Ausschluss internistischer Ursachen die Überweisung zum Neurologen oder Psychiater bzw. in eine Memory-Klinik oder Gedächtnissprechstunde veranlassen. Memory-Kliniken verfügen in der Regel über ein interdisziplinäres Team, das neben der Diagnostik und Therapie auch psychosoziale Beratung anbietet. Die wichtigste Aufgabe sowohl des Psychiaters als auch der Memory-Klinik ist die Diagnostik. Der Patient wird dort kognitiv getestet, Laboruntersuchung und Bildgebung werden veranlasst und ein Interview mit einer engen Bezugsperson geführt (vgl. Diehl, J. et al. 2003).

Im Idealfall beraten diese Kliniken nicht nur die Patienten und Angehörigen, sondern haben auch engen Kontakt zum weiterbehandelnden Hausarzt. Die wenigsten an Demenz Erkrankten werden jedoch psychiatrisch versorgt. Der hohen Anzahl an Dementen (in dieser Studie auf ca. 1 Mio. geschätzt) stehen ca. 4 700 niedergelassene Psychiater/Neurologen gegenüber, d. h. jeder Arzt dieser Fachgebiete müsste bei gleichmäßiger Verteilung über 200 Patienten versorgen (Stoppe, G. 2002). Tatsächlich wird jedoch nach Schätzungen nur jeder achte Demenzkranke fachärztlich betreut bzw. mitbetreut (Bohlken, J. 2001).

5.8.6.3 Pflegerische Versorgung

632. Den Pflegeberufen kommt bei der Versorgung demenziell Erkrankter eine zentrale Rolle zu, weil sie in der Regel über häufige und intensive Kontakte über einen längeren Zeitraum zu den Betroffenen verfügen und ein wichtiges Bindeglied zum sozialen Umfeld sowie zu den anderen am Versorgungsprozess beteiligten Professionen bilden.

Im Hinblick auf die komplexen Pflegebedürfnisse demenziell Erkrankter weisen pflegewissenschaftliche Forschungen einen deutlichen Zusammenhang zwischen dem Qualifikationsgrad Pflegender und der Lebensqualität ihrer Klienten nach. Demnach neigen angelernte oder schlecht ausgebildete Pflegekräfte im Umgang mit Demenzkranken häufiger zu einschränkenden Maßnahmen, weil sie schneller überlastet und weniger in der Lage sind, auf spezifische Verhaltensweisen der Betroffenen mit adäquaten Mitteln zu reagieren (Schwerdt, R. u. Tschainer, S. 2002). Darüber hinaus finden sich in internationalen Studien Belege für eine Korrelation der niedrigen Qualifikation mit der Akzeptanz von Therapie- und Pflegeverzicht sowie der Zustimmung zur aktiven Sterbehilfe. Die Entwicklung einer solchen Haltung wird offensichtlich begünstigt durch berufliche Unzufriedenheit, Burn-out, junges Alter sowie fehlenden privaten Umgang mit Pflegebedürftigen (Waxmann, H. et al. 1988).

633. Für eine fundierte Pflege und einen personenfördernden Umgang mit Demenzkranken werden eine Reihe von Kompetenzen diskutiert (vgl. Schwerdt, R. u. Tschainer, S. 2002). Grundlegend erscheint zunächst, die oft lang andauernde und Kontinuität benötigende soziale Beziehung zum Pflegebedürftigen gestalten zu können (soziale Kompetenz). Dazu bedarf es der Fähigkeit, die Pflege aus der Perspektive der Gepflegten zu betrachten und die lebensgeschichtlichen Besonderheiten zu berücksichtigen, die sich aus dem hohen Alter der Klienten ergeben. Die oftmals eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeiten Demenzkranker machen zudem ein empathisches Gespür für ihr spezifisches Erleben auf Seiten der Pflegenden notwendig. Eine Anforderung im Sinne von ‚Selbstpflege' der Professionellen sowie der Weiterentwicklung der Pflegepraxis besteht in der kontinuierlichen Reflexion des eigenen Handelns (selbstreflexive Kompetenz). Sie kann vor Überforderung schützen und somit dem Aufkommen damit oft einhergehender Phänomene, wie übermäßige Routine oder Konzentration auf funktionelle Pflegeaspekte sowie ‚innere Kündigung' usw., vorbeugen. Nicht zuletzt aus diesem Grund sollten die Träger von Pflegeeinrichtungen Mitarbeiter in ihrem Bemühen um Selbstreflexion unterstützen (z. B. durch Supervisionsangebote) (BMFSFJ 2002). Die oftmals beobachtbaren Defizite bei der Realisierung des Pflegeprozesses und seiner Dokumentation (z. B. Brucker, U. 2001) lassen sowohl die pflegerische Bewertung (klinische Beurteilungskompetenz) als auch das Spektrum der Pflegemaßnahmen (pflegepraktische Handlungskompetenzen) ausbaufähig erscheinen. Eine differenzierte Beurteilung in Form einer Pflegediagnostik, die neben dem Zustand des Pflegebedürftigen seine soziale Lage sowie die vorhandenen Ressourcen einschließt, stellt die Basis für den gesamten Pflegeprozess dar. Ferner trägt sie dazu bei, häufig unbeachtete interindividuelle Unterschiede im Befinden und Erleben Demenzkranker zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang ist zu betonen, dass die prozesshafte Gestaltung der Pflege und ihre Steuerung als Kernelemente pflegerischen Handelns von Fachkräften zu verantworten sind. Dies erfordert, neben umfangreichen Kenntnissen des Versorgungssystems, wiederum ein hohes Maß an Koordinationsfähigkeit inklusive einer effektiven Arbeitszeiteinteilung. Von daher sollte bereits in der Pflegegrundausbildung auf die Ausprägung entsprechender Managementkompetenzen Wert gelegt werden.

634. Insbesondere im Kontakt zu demenziell Erkrankten entstehen darüber hinaus immer wieder Situationen, in denen Pflegende entscheiden müssen, ob ein bestimmtes Verhalten zugelassen werden kann oder einzuschränken ist, weil es z. B. zur Gefährdung des Patienten führt. Hier ist ein ethisches Urteilsvermögen gefragt, das sich bei der Entscheidungsfindung an gesetzlichen Rahmenbedingungen, vor allem aber am Wohlbefinden des Pflegebedürftigen und seiner größtmöglichen Selbständigkeit orientiert. Einen in der Ausbildungspraxis bislang häufig vernachlässigten Anforderungskomplex stellen personengebundene Kompetenzen dar, die lediglich in begrenztem Umfang vermittelt bzw. erlernt werden können. Ausgehend von der spezifischen Bereitschaft, die psycho-physische Nähe zu demenziell Erkrankten zuzulassen, zählt hierzu vorrangig die Fähigkeit, ihrem Verhalten ein hohes Maß an Toleranz und Flexibilität entgegenzubringen sowie die Beziehung authentisch und wertschätzend zu gestalten. Im Gegensatz zur Pflege anderer Personengruppen hat berufliche Distanz hier nur eine geringe kompensatorische Wirkung. Darüber hinaus ist eine personenzentrierte, fördernde Pflege Demenzkranker eng mit der Kreativität, Fantasie und Experimentierfreudigkeit Pflegender und ihrem Vermögen, assoziativ zu denken, verknüpft. Nicht zuletzt verweisen die in Pflegeberufen allgemein weit verbreiteten gesundheitlichen Belastungen auf die große Bedeutung, eigene Belastungsgrenzen zu erkennen und für entsprechende Ausgleichsmöglichkeiten zu sorgen (BMFSFJ 2002).

Insgesamt könnte eine stärkere Diskussion individueller Kompetenzen für die Pflege Demenzkranker sowohl bei Ausbildungs- und Pflegeeinrichtungen als auch bei Kostenträgern und in verantwortlichen Politikbereichen der Erkenntnis zum Durchbruch verhelfen, dass nicht jede Person für die Versorgung Demenzkranker geeignet ist.

Exkurs: Belastungen pflegender Angehöriger von Demenzkranken

635. Die spezifischen Symptome der an Demenz Erkrankten machen ihre Pflege zeitintensiver und belasten pflegende Angehörige im Vergleich zu Pflegenden Nichtdemenzkranker signifikant mehr (Kruse, A. 1994; Adler, C. et al. 1996; Gräßel, E. 1998). Die Pflegenden leiden unter dem ‚Auslöschen' der gemeinsamen Biografie und bislang gültiger Familienregeln, sind hilflos gegenüber den Angstkrisen der Gepflegten, erleben einen Verlust an Zuneigung. Sie wissen nicht wie lange sie noch durchhalten und schämen sich bei dem Gedanken, dass nur noch der Umzug ins Heim als Ausweg bleibt (Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen 1993). Als besonders belastende Faktoren werden immer wieder die Angst vor dem aggressiven Verhalten des Kranken, die beständig eingeschränkte Kommunikation, die Mehrarbeit durch die wachsende Unfähigkeit des Erkrankten, alltägliche Aufgaben zu erledigen und nicht zuletzt das ständige Suchen nach Gegenständen, die von der gepflegten Person verlegt werden genannt (Vetter, P. et al. 1997). Hinzu kommen die Einschränkung der persönlich verfügbaren Zeit und Ruhestörungen in der Nacht. 75 % der pflegenden Angehörigen geben an, durch Störungen, die vom Demenzkranken ausgehen, am Schlaf gehindert zu sein, z. B. durch Unruhe des Kranken, Rufen und Schreien oder Inkontinenz (Matter, C. u. Späth, C. 1998).

Diese permanente Beanspruchung der Pflegeperson kann zu physischen und psychischen Gesundheitsstörungen führen. Pflegende Angehörige von Demenzkranken bilden eine Hochrisikogruppe für Erschöpfung, Schlaf- und Appetitstörungen, Nervosität sowie für vermehrte Einnahmen von Psychopharmaka, vor allem gegen Anspannung. Körperliche Beschwerden, wie Gliederschmerzen, Herz- und Magenbeschwerden und Erschöpfung werden häufiger von Pflegenden eines Demenzkranken im Vergleich zu Personen, die nicht an Demenz Erkrankte pflegen, genannt. Es ist erwiesen, dass der durchschnittliche Beschwerdenumfang von pflegenden Angehörigen eines Demenzpatienten signifikant über den alters- und geschlechtsspezifischen Normwerten der Allgemeinbevölkerung liegt (Gräßel, E. 1998).

5.9 Weiterentwicklungsansätze

5.9.1 Weiterentwicklungsansätze in der Versorgung von Demenzkranken

636. Die demenziellen Erkrankungen gehören aufgrund der demographischen Entwicklung zu den großen Herausforderungen der medizinischen und pflegerischen Versorgung der Zukunft. Bisher wurden das diagnostische Vorgehen dargestellt, Angaben zur Krankheitslast und zum Krankheitsverlauf gemacht sowie therapeutische Möglichkeiten aufgezeigt. Um den künftigen Herausforderungen gewachsen zu sein und Menschen mit demenziellen Erkrankungen und ihren Angehörigen gerecht zu werden, ist die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen unerlässlich. Der Angebotsdifferenzierung nach Stadium der Erkrankung und der Anpassung der Betreuungs- und Beratungsangebote sollte größere Bedeutung zukommen. Zur Verbesserung und effizienteren Gestaltung der Versorgung könnten u. a. strukturierte Behandlungsprogramme, bessere Aus-, Weiter- und Fortbildungsangebote für Ärzte und Pflegepersonal und die Suche nach neuen Wohnformen für Erkrankte und ihre Angehörigen beitragen.

Disease-Management-Programm ‚Demenz und integrierte Versorgung'

637. Demenz ist eine chronische Erkrankung, für die sich aufgrund der derzeitigen Versorgungssituation eine sektorübergreifende Organisation der Behandlung anböte. Eine große Anzahl der Versicherten ist von dieser Erkrankung betroffen. Die Qualität der Versorgung ist zu verbessern, und es besteht ein sektorübergreifender Behandlungsbedarf. Frühdiagnostik wird nicht strukturiert betrieben, Hausärzte verfügen oft nur unzureichend über Krankheitskenntnisse, die Medikation erfolgt mit einer hohen Variabilität und oft ohne diagnostische Abklärung durch einen Facharzt oder eine Klinik. Auch wenn der Krankheitsverlauf durch Eigeninitiative des Versicherten nur bedingt beeinflusst werden kann, empfiehlt sich die Behandlung der Demenz in Programmen oder im Rahmen der integrierten Versorgung.

Die Vernetzung und Bündelung der ärztlichen und nichtärztlichen Versorgungsstrukturen in einer Region (*Care-Management*) ist jedoch nur ein Baustein für eine bessere Versorgung. Sinnvoll ist auch ein *Case-Management*. So kann Betroffenen und ihren Angehörigen ein integratives Angebot gemacht werden. Sie erhalten Hilfen bei der Organisation der Behandlung in verschiedenen Versorgungssektoren und Anspruchsbereichen (u. a. SGB V, SGB XI, Hilfen bei der psychiatrischen Versorgung, Hilfen bei der nicht-psychiatrischen Versorgung, rechtliche Unterstützung bei Betreuung sowie bei Übernahme der Vollmacht). *Case-Management* wird nicht von allen Angehörigen benötigt, kann jedoch dann sinnvoll sein, wenn Überforderung besteht, komplexe Problemsituationen vorliegen, die unterschiedlicher Unterstützung bedürfen, wenn sich mehrere Professionen um den Kranken kümmern oder mehrere Kostenträger anzusprechen sind (PSAG Arbeitsgruppe Gerontopsychiatrie o. J.).

In der integrierten Versorgung wird es eher gelingen, die gerontologische und gerontopsychiatrische Versorgung durch flächendeckende Angebote zu verbessern. Dabei ist auf die Besonderheiten der Klienten zu achten. Auch die Koordination und Vernetzung in der Versorgung zwischen Professionellen untereinander und mit den Angehörigen kann in einem festen vorgegebenen Rahmen einfach gelingen. Die Erfahrungen aus den bereits zugelassenen Disease-Management-Programmen können zu einem großen Teil übertragen werden.

Aus-, Weiter- und Fortbildung für Ärzte und Pflegepersonal

638. Der Anteil der älteren und alten Menschen mit einer Demenzerkrankung nimmt stetig zu. Die fachliche Kompetenz, diesem Problem angemessen zu begegnen, fehlt bisweilen sowohl den Klinikärzten als auch den Niedergelassenen und Beteiligten anderer Professionen. Die verstärkte Integration eines Basiswissens in die Ausbildung und die Aufnahme in Aus-, Weiter- und Fortbildungsinhalte, die der Häufigkeit und Bedeutung der Erkrankung gerecht wird, ist unverzichtbar. Die in der Wissenschaft vorhandene Kenntnisse müssen zeitnah in die Praxis transferiert werden. So kann es zur Unterstützung und Weiterentwicklung der Versorgung und ihrer Strukturen beitragen. Dies wird gelingen, wenn die Vermittlung der Kenntnisse sich auf die interdisziplinären Aspekte innerhalb der Medizin als auch auf die komplementären für die Demenzversorgung bedeutsamen Berufsbereiche bezieht. Die Weiterbildung für Hausärzte in Bezug auf die Primärversorgung von demenziell erkrankten Patienten ist derzeit nicht ausreichend (Haupt, M. 2002).

Mit dem Altenpflegegesetz, das am 1. August 2003 in Kraft getreten ist, ist die Ausbildung in der Altenpflege erstmals bundeseinheitlich geregelt worden. Vorher wurden Dauer und Inhalte der Ausbildung von den Trägerschaften der Ausbildungsstätten und den Ministerien der Länder festlegt und unterschieden sich so stark voneinander, dass eine gegenseitige Anerkennung in vielen Fällen nicht erfolgte. Jetzt sind Dauer und Inhalt des theoretischen und praktischen Unterrichts festgeschrieben. Ob die neuen Inhalte den Anforderungen bei der Versorgung von Demenzkranken gerecht werden, wird sich erst in den nächsten Jahren zeigen (vgl. Reinwarth, C. u. Niehoff, B. 2002; Winter M.H.-J. 2004).

Unterstützung der Angehörigen

639. Die Bereitstellung von (nichtwissenschaftlichen) Informationen und Angeboten, wie die bereits angebotenen Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen nach § 45 SGB XI, sind ein Schritt in die richtige Richtung. Neben Information und Unterstützung, die den Umgang mit dem Erkrankten und der Erkrankung schult, sind die Beratung zur Versorgung, z. B. zur ambulanten Pflege, zu Unterstützungsmöglichkeiten bei der hauswirtschaftlichen Versorgung, der Kurzzeitpflege, der Tages- und Nachtpflege und der Unterbringung in stationären Einrichtungen von Bedeutung (BMFSFJ 2004).

In Modellprojekten haben sich Betreuungsgruppen für Betroffene, Angehörigenselbsthilfegruppen, Seminare für pflegende Angehörige und Informationsveranstaltungen als erfolgreich gezeigt (Dirksen, W. et al. 1999; Hesse, E. 2004). Diese Erfahrungen sollten beim Aufbau flächendeckender Strukturen genutzt werden.

Suche nach neuen Wohnformen für ältere Menschen

640. Die Veränderung der Struktur unserer Gesellschaft, z. B. die Zunahme der Ein-Personen-Haushalte, Kinderlosigkeit und berufliche Mobilität, führt dazu, dass früher erfolgreiche Modelle zur Versorgung Pflegebedürftiger zukünftig nicht mehr greifen. Es ist zu erwarten, dass ein immer größer werdender Teil der Bevölkerung nicht mehr in der Lage sein wird, seine Angehörigen zu Hause zu pflegen. Da der weitere Ausbau der Pflegeeinrichtungen nicht möglich und erstrebenswert scheint, ist die Suche nach neuen Formen des Zusammenlebens zwischen den Generationen eine Möglichkeit, um Monotonie, Einsamkeit und Abhängigkeit zu begegnen (Ingenhag, W. 2002).

Besondere Bedeutung bei der Betreuung hat die Konstanz des räumlichen und personellen Umfelds. Das von der Alzheimer-Gesellschaft Berlin durchgeführte Modellprojekt ‚Nachtpflege' wurde mangels Nachfrage eingestellt. Viele Angehörige lehnten das Angebot mit dem Argument der Trennung und der daraus entstehenden zusätzlichen Belastung ab (vgl. Hirsch, R.D. et al. 1999).

641. Die bisher gemachten Erfahrungen mit Wohngruppen für demenziell Erkrankte sind durchgängig positiv und zeigen Möglichkeiten einer besseren Versorgung auf. Kleinräumige und familienähnliche Wohneinheiten sorgen für Überschaubarkeit und ein positives Milieu. Die Begleitstudien von Modellprojekten konnten vergleichsweise geringere Verluste an Gedächtnisleistungen und sozialen Fähigkeiten sowie eine bessere Stimmungslage im Vergleich zu auf einer Normalstation betreuten Dementen nachweisen (Wallrafen-Dreisow, H. u. Dettbarn-Reggentin, J. 2003; Reggentin, H. u. Dettbarn-Reggentin, J. 2004a). Auch Pflegekräfte erleben die Arbeit in einer Wohngruppe im Vergleich zur Normalversorgung auf einer Station als befriedigender (Reggentin, H. u. Dettbarn-Reggentin, J. 2004b).

Mittlerweile gibt es viele Initiativen und Projekte, die versuchen, die Belastungen der zu Hause pflegenden Angehörigen zu mindern, die Kooperation und Vernetzung zwischen privaten und beruflichen Helfern zu optimieren und damit die Lebenssituation von Demenzkranken zu verbessern (vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe 2005).

Exkurs: Modellprojekte

Projekt: ‚Implementierung von Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz'

642. Die im Modellprojekt eingerichteten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz versuchen, das frühere Leben der Bewohner einzubeziehen. Die Bewohner gestalten ihren Alltag und ihr Lebensumfeld gemeinschaftlich mit Pflegekräften und Angehörigen. Dazu gehört die Mithilfe bei allen anfallenden Arbeiten, wie Zubereitung des Essens, Wäscheversorgung, Blumenpflege oder Versorgung der Haustiere. Durch die Einbindung der Erkrankten in die normalen Abläufe des Wohnens und Lebens können verbliebene Fähigkeiten gefördert und erhalten werden. Der Tagesablauf wird nicht durch die Organisation der Pflege dominiert, sondern durch das Alltagsgeschehen, das dem anderer Privathaushalte entspricht. Das Projekt wird von der Europäischen Seniorenakademie Ahaus betreut und läuft von 2004 bis 2007.

Die wissenschaftliche Begleitung erfolgt durch den Fachbereich Pflege der Fachhochschule Münster. Innerhalb des Forschungsprozesses sollen die Interaktionsformen und -qualitäten der verschiedenen Akteure im Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen analysiert und Rückschlüsse auf die Entwicklung von Prinzipien für die Laienschulung, aber auch für Pflegefachkräfte gewonnen werden.

Ziel ist die Bildung eines Kompetenzzentrums, das Querschnittsaufgaben (Raum und Wohnkonzept, rechtliche Rahmenbedingungen, Finanzierung und gerontopsychiatrische Versorgung) aus der Perspektive der unterschiedlichen Akteure in den ambulant betreuten Wohngemeinschaften beschreibt und diese Erkenntnisse für verschiedene Interessengruppen zukünftiger Projekte zur Verfügung stellt (Projekt der Spitzenverbände der Pflegekassen, gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI; Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung).

Projekt: ‚Wohngruppe demenziell Erkrankter' im Städtischen Altenpflegeheim Mönchengladbach-Lürrip

643. Dem Projekt liegt ein Konzept zugrunde, das Demente in einem wohnlichen gruppenorientierten Milieu betreut (‚Wohnküchenmodell'). Die Bewohner verfügen über ein individuell eingerichtetes Appartement, nutzen jedoch die Wohnküche gemeinsam. Dieses Konzept soll ein Miteinander fördern, dem Einzelnen jedoch die Freiheit lassen, sich auch aus der Gemeinschaft zurückziehen zu können.

Das Modellprojekt wurde von 2001 bis 2003 durch das Berliner Institut für sozialpolitische und gerontologische Studien (ISGOS) begleitet.

Die Dementen, die in der Wohngruppe lebten, wiesen im Vergleich zur Kontrollgruppe eine größere subjektive Zufriedenheit auf. Das soziale Verhalten und die Stimmung waren signifikant besser als in der Kontrollgruppe; Veränderungen bei störendem Verhalten, der Teilnahme am Umweltgeschehen und der Aktivität des täglichen Lebens waren jedoch nicht sicher auf die Art der Betreuung zurückzuführen.

Auch das Pflegepersonal beurteilte die Arbeit in der Wohngruppe im Vergleich zur Arbeit auf einer Normalstation als positiver und weniger belastend (Wallrafen-Dreisow, H. u. Dettbarn-Reggentin, J. 2003).

Erhöhung des zusätzlichen Betreuungsbetrags

644. Die Einführung eines zusätzlichen Betreuungsbetrags für demente Pflegebedürftige ist ein Schritt in die richtige Richtung. Die Höchstgrenze von derzeit 460 € pro Kalenderjahr sollte verdoppelt werden. Auch bei dieser Geldleistung wird eine Dynamisierung befürwortet, die, wie bei den anderen Geldleistungen auch, einen Prozentpunkt über der allgemeinen Inflationsrate liegen sollte.

5.9.2 Trägerübergreifende persönliche Budgets

645. Bei persönlichen Budgets, auch als personengebundene Pflegebudgets (PGB) bezeichnet, handelt es sich um Geldmittel, die Pflegebedürftigen eigenständig zum Einkauf von Pflegedienstleistungen zur Verfügung stehen. Das gewährte Pflegegeld, das vielfach für die Honorierung pflegender Angehöriger genutzt wird, wird nicht als persönliches Budget betrachtet, da der Umfang der Geldleistung im Vergleich zur Sachleistung deutlich geringer ist. Die im SGB XI vorgesehene Geldleistung kann also nicht mit dem PGB gleichgesetzt werden (Klie, T. u. Spermann, A. 2001).

646. Die gesetzliche Grundlage zur Erprobung von PGB in Modellversuchen wurde im Rahmen des § 8 Abs. 3 des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes bereits Anfang 2002 geschaffen. Zum 1. Juli 2004 trat der § 35 SBG XI in Kraft, der nach § 17 SGB IX die Voraussetzungen für die Teilnahme an einem trägerübergreifenden persönlichen Budget festlegt. Die Budgetverordnung, die zeitgleich in Kraft trat, regelt insbesondere das Antragsverfahren, die Zuständigkeit und Zusammenarbeit der Leistungsträger, die Bedarfsfeststellung und den Abschluss einer Zielvereinbarung. Die Einführung trägerübergreifender persönlicher Budgets wird in Modellen bis Ende 2007 erprobt. Die begleitende Evaluation erfolgt in acht Modellregionen (Großstädte, Ballungszentren und ländliche Bereiche) mit jeweils 50 Budgetnehmern.

Anträge auf Leistungen der Krankenkassen, der Pflegekassen, der Rehabilitationsträger und der Integrationsämter in Form von personengebundenen Budgets können bei diesen Leistungsträgern oder bei den gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger gestellt werden. Leistungen der Pflegeversicherung können im Rahmen dieser Regelung ausschließlich in ein ‚trägerübergreifendes persönliches Budget' eingebunden werden, da es sich beim Pflegegeld bereits um eine budgetierte Geldmenge handelt. Die Pflegekasse kann einem Budgetantrag nicht entsprechen, wenn nur Anspruch auf Leistungen nach SGB XI bestehen. Erst wenn ein weiterer Träger hinzutritt, z. B. die Krankenkasse (mit Behandlungspflege, Hilfsmitteln) oder die Sozialhilfe, kann trägerübergreifend ein persönliches Budget gebildet werden.

Nach SGB IX werden Gutscheine für Leistungen nur in begründeten Einzelfällen und in Absprache mit dem Nutzer ausgegeben. Im SGB XI ist für Sachleistungen die generelle Ausgabe von Gutscheinen festgeschrieben. Das Gutscheinsystem ist allen Pflegebedürftigen zugänglich. Die Kosten für so genannte Budget- oder *Case-Manager*, die die Pflegebedürftigen bei der Verwaltung des Budgets unterstützen, werden nicht durch die Pflege- oder Krankenkassen getragen. Sie müssen vom Budgetnehmer aufgebracht werden.

647. Übergeordnetes Ziel ist es, Menschen in die Lage zu versetzen, mit Hilfe gewährter finanzieller Mittel ihren Bedürfnissen entsprechend eigene Wege in der Pflege, Betreuung und Unterstützung zu wählen. Ihre Selbständigkeit und Selbstbestimmung soll gefördert und ihre Rolle als selbstbestimmte und souverän handelnde Nutzer gestärkt werden. Sie sollen die Möglichkeit erhalten, sich frei zu entscheiden, wann, wie und durch wen sie Hilfe in Anspruch nehmen. Weiter sollen Anstöße gegeben werden, die ein flexibles und nutzerorientiertes Angebot in der ambulanten Versorgung begünstigen, um es den Pflegebedürftigen zu ermöglichen, länger im häuslichen Umfeld gepflegt zu werden. Auch der Verwaltungsaufwand von PGB wird als geringer eingeschätzt als der Aufwand des Verfahrens, das das SGB üblicherweise vorsieht. Der Leistungserbringer rechnet bis zum Höchstbetrag mit der Pflegekasse ab und stellt den darüber hinausgehenden Betrag dem Pflegebedürftigen in Rechnung. Die Reduktion des Verwaltungsaufwands ergibt sich durch die direkte Abrechnung des Pflegebedürftigen mit dem Leistungserbringer.

Ein Grund für die Einführung von personengebundenen Budgets war der Wunsch, die Versorgungsstrukturen im ambulanten Bereich stärker an den Bedürfnissen des Pflegebedürftigen auszurichten. Derzeit wird der benötigte Zeitbedarf für die Erbringung von Einzelleistungen mit Hilfe eines Punkteschemas erfasst. Verschiedene Handlungen bilden ein Modul (z. B. ‚kleine Morgentoilette', ‚große Morgentoilette'), für das der Anbieter bei Erbringung eine entsprechende Entlohnung erhält. Die Bildung von Modulen steht jedoch oft nicht im Einklang mit den individuellen Bedürfnissen des Pflegebedürftigen. Dies betrifft vor allem die Pflegebedürftigen, deren Pflegebedarf durch die Leistungsmodule nicht abgedeckt wird, hier sind u. a. die demenziell Erkrankten zu nennen. Die

trägerübergreifenden persönlichen Budgets sollen helfen, alternative Angebote zu fördern und so einen Beitrag zur Reduktion des ‚Heimsogs' zu leisten.

648. Auch Leistungsanbieter haben die Möglichkeit, Budgets zu verwalten. Sie können ihre Leistungen dem zeitlich schwankenden Bedarf an Unterstützung anpassen und haben dennoch Planungssicherheit. Diese Idee greift auch die Vergabe von Gutscheinen auf, Leistungen werden nicht standardmäßig erbracht, sondern können je nach Bedarf abgerufen werden. Der Pflegebedürftige hat durch das Budget einen Anreiz, die verwendbaren Geld- oder Sachleistungen so nutzbringend wie möglich einzusetzen. Die Geldleistung schafft zudem die Voraussetzung, dass sich Leistungsanbieter stärker am Nutzer orientieren, birgt aber auch die Gefahr, dass Leistungsanbieter die Qualität der Leistung reduzieren, besonders in den Bereichen, in denen die Informationsasymmetrie besonders stark ausgeprägt ist. Bei Menschen, die ihre Bedürfnisse nur schwer artikulieren können und damit nicht als autonome Nutzer agieren können, sind Kontrollmechanismen wichtig.

649. Um Nutzerorientierung und Kosteneffizienz zu sichern, sollten u. a. folgende Voraussetzungen erfüllt und Strukturen etabliert werden (Arntz, M. u. Spermann, A. 2003):

- Schaffung von Nutzersouveränität und Transparenz durch
  - *Case Management* (von den Interessen der Leistungs- und Kostenträger unabhängige Beratung, die bei der Information, Planung und Organisation der Pflege behilflich ist),
  - einfache Zugangsregelungen zum PGB,
  - Verknüpfung der Leistungen nach anderen Sozialgesetzen und
  - Wahlmöglichkeiten alternativer Sachleistungen.
- Schaffung von Handlungsspielräumen für die Anbieter durch
  - Abbau von Handlungshemmnissen (Förderung flexibler Anbieterstrukturen) und
  - Kontrollen der Ergebnisqualität[134] (ohne feste Vorgaben zur Struktur- und Prozessqualität) (Ewers, M. u. Schaeffer, D. 1998; Schnabel, E. u. Schönberg, F. 2000; BQS 2004).
- Aktivierung der regionalen Infrastruktur durch
  - Vernetzung der Hilfeangebote einzelner Anbieter und
  - finanzielle Förderung der Vielfalt.
- Minimierung von Moral Hazard und Missbrauch durch differenzierte Ausgestaltung der Bedarfsfeststellung.

Die oft befürchtete Zweckentfremdung von Geldmitteln gilt als unwahrscheinlich, sobald der gewährte Betrag die Kosten für die Pflegeleistungen nicht voll abdeckt. Der Pflegebedürftige müsste seine eigenen Bedürfnisse massiv vernachlässigen, was z. B. bei Demenzkranken zu befürchten wäre. In solchen Fällen kann eine Sachleistung nutzbringender sein. Generell wird das Risiko, Pflegebedürftigkeit oder ein stärkeres Schadensausmaß gezielt vorzutäuschen, als eher gering eingeschätzt. Die Wahrscheinlichkeit eines Missbrauchs ist bei Geldleistungen höher als bei Sachleistungen und steigt mit der Höhe des frei verfügbaren Betrags (Arntz, M. u. Spermann, A. 2003).

650. Trägerübergreifende persönliche Budgets bzw. personengebundene Pflegebudgets bieten eine Vielzahl von Möglichkeiten, die Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen und ihre Nachfragemacht zu stärken. Pflegebedürftige können ihr individuelles Pflegearrangement zumindest zum Teil durch das Budget realisieren. In den Modellprojekten wird besonders auf die bessere Verknüpfung der Leistungen zu achten sein, die nach anderen Sozialgesetzen erbracht werden. *Case Manager* können bei der optimalen Leistungsauswahl helfen und so eine flexiblere Anpassung der Leistungen an den Bedarf und die Ressourcen im Pflegehaushalt schaffen.

651. Die Erfahrungen mit persönlichen Budgets im Rahmen des SGB IX wurden von den Budgetnehmern als positiv eingeschätzt. Auch die Bewertungen im Ausland (vor allem in Großbritannien, Finnland, den Niederlanden und Schweden) sind durchweg gut. Personengebundene Pflegebudgets sparen Kosten und erhöhen die Autonomie und die Lebensqualität der Pflegebedürftigen (Klie, T. u. Spermann, A. 2001).

5.10 Fazit und Empfehlungen

652. In den vergangenen Jahren wurden im deutschen Pflegewesen erkennbare Entwicklungsfortschritte erreicht. Dazu zählen der quantitative Ausbau ambulanter pflegerischer Angebote ebenso wie Erfolge bei der Pflegequalitätssicherung, u. a. durch neue gesetzliche Vorgaben (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz) oder die Erarbeitung nationaler Expertenstandards für zentrale Pflegeleistungen (u. a. Standard zur Dekubitus- und Sturzprophylaxe). Die eingeleiteten Ausbildungsreformen sowie die Verankerung der Disziplin Pflege im Hochschulwesen führten zum Abbau von Qualifizierungsdefiziten und steigerten die Attraktivität des Berufsbildes. Veränderte Ausbildungsinhalte, -formen und -qualitätsstandards sowie das gewachsene wissenschaftliche Potenzial sind unverkennbare Indizien für eine fortschreitende Professionalisierung in Teilbereichen der Pflege.

[134] Beispielhaft kann hier die Ergebnisqualitätsmessung bei der Dekubitusprophylaxe angeführt werden. So wird ab dem Jahr 2004 in acht medizinischen Leistungsbereichen der Status und das Risiko zum Dekubitus von der BQS erfasst und durch zwei Qualitätsindikatoren (Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden und Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen wurden) abgebildet.

Andererseits ist die Pflegerealität immer noch und immer wieder neu von ausgeprägten Defiziten gekennzeichnet. Diese umfassen inakzeptable Mängel in elementaren Bereichen wie der Grundpflege, Ernährung und Mobilität als auch Versorgungslücken etwa bei der Betreuung Demenzkranker, psychisch Kranker, Sterbender oder Schwerstkranker mit Bedarf an Medizintechnik. Hinzu kommen Probleme in den Bereichen, in denen sich medizinische und pflegerische Versorgung überschneiden. Von einer Umsetzung wirklich innovativer Konzepte in die Pflegepraxis (*‚primary nursing‘*, *‚Home Care‘*, Beteiligung an Modellen der integrierten Versorgung) kann heute ebenso wenig gesprochen werden wie von einer flächendeckenden flexiblen und an Nutzerbedürfnissen orientierten Pflegeversorgung.

653. Pflege ist eines der zentralen gesellschaftlichen Handlungsfelder der Zukunft. Für ihre Entwicklung ist es notwendig, die Nachhaltigkeit des begonnenen Modernisierungsprozesses zu gewährleisten und gleichzeitig strukturelle Defizite abzubauen. Eine Herausforderung besteht darin, junge Menschen für die Pflegeberufe zu gewinnen und ihre Ausbildung sowie ihren Einsatz mit Blick auf die spezifischen Bedarfslagen Pflegebedürftiger zu optimieren. Jede Reform des Pflegeversicherungsgesetzes, die diese Zusammenhänge nicht berücksichtigt, greift zu kurz.

654. Die Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit durch eine Sozialversicherung war in der alternden Gesellschaft Deutschlands ein wichtiger gesundheits- und sozialpolitischer Schritt. Er führte zu zahlreichen Entwicklungsimpulsen für die Pflege und verbesserte die Versorgung vor allem alter und chronisch kranker Menschen. Unabhängig von dieser Einschätzung ist der Reformbedarf in der Pflegeversicherung heute evident. Abgesehen von der Finanzierungsgrundlage der Versicherung und der Entwicklung einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Pflege stehen insbesondere Fragen der Qualität und des Abbaus von Unterversorgung z. B. bei Demenzkranken, behinderten Menschen, Schwerkranken nach vorzeitiger Krankenhausentlassung oder Sterbenden im Vordergrund.

Die demographische Entwicklung führt dabei zu zwei Konsequenzen: zum einen wird die vorhandene Versorgungslandschaft der prognostizierten Zunahme an Pflegebedarf in den kommenden Jahrzehnten nicht Stand halten können und zum anderen wird der Mehrbedarf an Pflege mit steigenden Ausgaben verbunden sein, die entweder höhere Beitragssätze in der Versicherung nach sich ziehen und/oder mit dem Sinken des Leistungsniveaus einhergehen. Diese Entwicklung wird auch dann nicht wesentlich abgemildert, wenn eine weitere Verbesserung der Gesundheit nachrückender Generationen erreicht werden kann. Eine Reform der Pflegeversicherung muss zu einer nutzerorientierten und ausdifferenzierten Pflegeversorgung führen, die sich nicht länger an einem nur somatisch angelegten Pflegeverständnis orientiert. Sie sollte in einem Gesamtkonzept von Maßnahmen für eine älter werdende Gesellschaft stehen.

655. In Zukunft bedarf sowohl das Risiko, pflegebedürftig zu werden, als auch die Prävention von Pflegebedürftigkeit verstärkter gesellschaftlicher und gesundheitspolitischer Aufmerksamkeit. Dabei wird die selbst organisierte und finanzierte Vorsorge voraussichtlich mehr als bislang die solidarische Absicherung ergänzen müssen. Dabei geht es nicht allein um eine finanzielle Absicherung des Risikos Pflegeabhängigkeit, sondern ebenso um die Entwicklung eines Bewusstseins dafür, dass Pflegebedürftigkeit kein unabwendbarer Zustand ist, der sich z. B. durch Lebensstil oder Anpassung des Wohnumfeldes verhindern oder zumindest in seiner Schwere verringern bzw. verzögern lässt. Politisch muss die Debatte zu Umverteilungsprozessen in die Langzeitpflege und Betreuung chronisch Kranker aufgenommen werden und neue Akzente der gesundheitlichen Versorgung in der altersgewandelten Gesellschaft setzen (vgl. hierzu auch Gutachten 2000/2001 Band III.1, Abschnitt 7.4.1).

656. Alle Reformvorschläge sollten auf Generationengerechtigkeit geprüft werden. Die Postulate der Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit verlangen, dass zukünftige Generationen bei vergleichbarer Abgabenlast vergleichbare Leistungen von der Versichertengemeinschaft erhalten wie die heutige Generation. Im Sinne einer Geschlechtergerechtigkeit sollte mit den künftigen gesetzlichen Rahmenbedingungen auch angestrebt werden, die Aufgaben der Pflege solidarischer zwischen den Geschlechtern zu teilen. Heute tragen vor allem Frauen (Ehefrauen, Töchter und Schwiegertöchter) die – oft sehr hohen – Belastungen der häuslichen Pflege Familienangehöriger.

Umgestaltung des Versicherungszweiges

657. In der Kranken- und Pflegeversicherung werden vergleichbare Lebensrisiken versichert. Die organisatorische Trennung der teilweise wettbewerblich ausgerichteten GKV von der nichtwettbewerblich organisierten sozialen Pflegeversicherung (SPV) bringt erhebliche Nachteile für die Nutzer. Sie ermöglicht Verschiebungen der Kosten zwischen beiden Versicherungszweigen und führt in vielen Fällen zu unklaren Zuständigkeiten, die die Versorgung des Pflegebedürftigen erheblich erschweren können.

658. Durch den kassenübergreifenden Finanzausgleich müssen Pflegekassen nicht auf die Effizienz der erbrachten Maßnahmen achten. Ein effizienzfördernder Wettbewerb über die Beitragssätze wird durch die Festsetzung eines bundeseinheitlichen Beitragssatzes ausgeschlossen. Pflegekassen besitzen nicht nur keine Anreize, wirtschaftlich zu handeln, sie verfügen auch im Vertragsbereich über keine Entscheidungsmöglichkeiten. Bei der Weiterentwicklung der SPV sollten die Potenziale des Wettbewerbs angemessen genutzt werden. Die gesetzlich festgeschriebenen Wirtschaftlichkeitsgebote reichen zur notwendigen Effizienz- und Qualitätssteigerung nicht aus. Es besteht aus Sicht der Kassen ein Interesse, Ausgaben in die Pflegeversicherung zu verschieben. Folgende Gesichtspunkte sprechen mittelfristig für eine engere Verzahnung von GKV und SPV:

- das Nebeneinander der GKV und der SPV ist nicht effektiv, da strukturell ähnlich gelagerte Risiken abgesichert werden,
- bei älteren Versicherten kommt es oft zu Überschneidungen der Ansprüche aus beiden Versicherungszweigen,
- Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit werden aufgrund verschiedener ökonomischer Anreizstrukturen unzureichend ergriffen,
- Chancen für die Etablierung von Modellen der integrierten Versorgung werden kaum genutzt und
- die anspruchsberechtigten Pflegebedürftigen erleiden erhebliche Nachteile, wenn Leistungen von der GKV in die budgetierte SPV verschoben werden.

659. Diese gewichtigen Schnittstellenprobleme legen langfristig eine Integration von GKV und SPV nahe. Die Integration der SPV in ein wettbewerbliches Versicherungssystem setzt allerdings einen funktionsfähigen, morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (RSA) voraus. Bei seiner Konstruktion können die Erfahrungen mit dem RSA in der GKV als nützliche Informationsgrundlage dienen. Die Integration dieser beiden sozialen Versicherungszweige löst zwar insofern nicht alle Schnittstellenprobleme, als der Interessenkonflikt zwischen den Versicherten und den Krankenkassen wegen des Teilkaskocharakters der SPV in vielen Fällen bestehen bleiben wird. Die Versicherten verfügen jedoch in einem wettbewerblichen System über die Möglichkeit, auf die Entscheidungen der Krankenkassen Einfluss zu nehmen, d. h. mit einem Kassenwechsel zu drohen bzw. zu reagieren. Sofern die GKV über einen Wegfall der Versicherungspflichtgrenze zu einer so genannten Bürgerversicherung erweitert würde – wofür ein Teil des Rates plädiert –, bietet sich im Falle der Integration dieser beiden Versicherungszweige auch eine entsprechende Ausgestaltung der SPV an. Analog hierzu würde der Übergang zu kassenspezifischen Gesundheitspauschalen in der GKV auch – was ein anderer Teil des Rates befürwortet – eine entsprechende Finanzierung der SPV nahe legen.

Auch unabhängig von einer Integration dieser beiden Versicherungszweige, d. h. bei Fortbestehen einer eigenständigen SPV im derzeitigen Ordnungsrahmen, sprechen Effizienzaspekte für eine wettbewerbliche SPV mit einem Risikostruktur- statt eines Finanzausgleichs. Ein Teil des Rates plädiert auch in diesem Fall für die Einführung einer Bürgerversicherung, ein anderer Teil für eine Gesundheitspauschale.

660. Wie schon vom Rat im Rahmen der Finanzierung der GKV empfohlen, sollten die Versichertenbeiträge auf alle Einkunftsarten ausgeweitet, der Beitrag des Arbeitseinkommens jedoch weiter paritätisch finanziert werden. Die Familienmitversicherung wird – auch vor dem Hintergrund des Bundesverfassungsgerichtsurteils – als sinnvoll erachtet. Empfohlen wird das Splitting des gemeinsamen Arbeitsentgeltes bzw. Einkommens mit anschließender Anwendung des hälftigen Beitragssatzes auf beide Entgeltteile. Dieses Verfahren führt bei einem Einkommen des berufstätigen Partners bzw. bei zwei Einkommen nach Splitting unter der Beitragsbemessungsgrenze zu keiner zusätzlichen Belastung. Das Splittingverfahren belastet im Vergleich zur geltenden Regelung nur solche Familien stärker, bei denen das Arbeitsentgelt des erwerbstätigen Partners die Beitragsbemessungsgrenze übersteigt, und solche, bei denen das Arbeitsentgelt des einen Partners über und das des anderen Partners unter der Beitragsbemessungsgrenze liegt (vgl. Gutachten 2003, Band I, Kapitel 2).

661. Die Zahlungen der Pflegeversicherung belaufen sich pro Monat im Rahmen der Pflegestufe I für stationäre Pflege mit 1.023 € auf mehr als das Doppelte im Vergleich zu ambulanten Sachleistungen mit 384 € und auf das Fünffache im Vergleich zum Pflegegeld mit 205 €. Diese erheblichen Finanzierungsunterschiede setzen starke Anreize zur stationären Pflege, was weder fiskalischen noch pflegerischen Zielsetzungen entspricht. Um hier stärkere Anreize zur ambulanten Pflege zu setzen, bieten sich prima vista zwei extreme Lösungen an, die jedoch jeweils mit bestimmten (unterschiedlichen) Zielen in Konflikt stehen. Eine radikale Kürzung der Zahlungen für die stationäre Pflege auf das derzeitige Niveau für ambulante Pflege würde wieder mehr Pflegebedürftige von der Sozialhilfe abhängig machen. Eine solche Entwicklung liefe einem zentralen Ziel der Einführung der Pflegeversicherung zuwider. Umgekehrt scheitert eine Anhebung der Leistungen für ambulante Pflege auf das derzeitige Niveau für stationäre Pflege an fiskalischen Restriktionen. Ein sinnvoller (Mittel-)Weg zur Lösung der Anreizproblematik, die sich vor allem auf der ersten Pflegestufe stellt, besteht darin, hier die Sätze im ambulanten Bereich etwas anzuheben und im stationären etwas abzusenken.

662. Im stationären Bereich verbleibt den Pflegebedürftigen ein zu finanzierender Eigenanteil, der sich als Differenz aus den Preisen des Pflegeheims und den jeweiligen Leistungen der Pflegeversicherung ergibt. Dieser Eigenanteil der Pflegebedürftigen nimmt in den alten Bundesländern von der Pflegestufe I mit ca. 1.100 € über die Pflegestufe II mit ca. 1.280 € bis zur Pflegestufe III mit ca. 1.580 € spürbar zu. Diese von der Höhe der Pflegestufe abhängige Zunahme des Eigenanteils der Pflegebedürftigen lässt sich verteilungspolitisch nicht begründen, denn Betroffene verfügen unabhängig von ihrer Einstufung in eine bestimmte Pflegestufe über jeweils gleichbleibende persönliche Einkünfte. Sowohl dieser verteilungspolitische Effekt eines in den Pflegestufen annähernd gleichen Eigenanteils der Pflegebedürftigen als auch die allokativen Anreizprobleme zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich sprechen für eine aufkommensneutrale Umschichtung der Mittel im stationären Bereich, d. h. für eine spürbare Anhebung der Leistungen in Pflegestufe III und eine moderate Absenkung in Pflegestufe I. Die vorgeschlagene Erhöhung des Leistungsumfangs um 200 € in der Pflegestufe III erfordert bei Aufkommensneutralität in der Pflegestufe I nur eine Absenkung um 50,43 €, da diese Pflegestufe eine erheblich höhere Besetzung aufweist.

663. Die seit Einführung der Pflegeversicherung konstanten nominalen Beträge unterliegen einem permanent sinkenden Realwert. Dies gilt im Pflegebereich umso mehr, als hier der spezifische Preisindex, vornehmlich wegen der eingeschränkten Möglichkeiten einer Kapitalintensivierung, die allgemeine Inflationsrate übersteigt. Die Sicherung eines konstanten Realwerts der nominalen Beträge erfordert daher deren Dynamisierung mit einem speziellen Preisindex für Pflegeleistungen, der um etwa einen Prozentpunkt über der allgemeinen Inflationsrate liegt. Bei den stationären Sätzen sollte diese Dynamisierung mit der Gültigkeit der entsprechenden Reform in Kraft treten, bei den ambulanten Sätzen in der Pflegestufe I rückwirkend ab dem Einführungsjahr der Pflegeversicherung erfolgen. Die stärkere Anhebung der Sätze in der Pflegestufe I im ambulanten Bereich setzt weitere Anreize zur Versorgung der Pflegebedürftigen im privaten Umfeld bzw. schwächt die derzeitigen Anreize ab, die in die umgekehrte Richtung wirken. Zusammen mit der leichten Absenkung der stationären Leistungen in Pflegestufe I reduziert die weitergehende Dynamisierung der ambulanten Leistungen hier das bisherige Missverhältnis von 1.023 € zu 384 € bzw. 205 € auf 972 € zu 439 € bzw. 234 € (siehe Tabelle 65).

Die weitergehende Dynamisierung der ambulanten Leistungen, die sich nicht aufkommensneutral finanzieren lässt, verursacht einen finanziellen Mehrbedarf von ca. 708 Mio. €, was ca. 0,1 (genau: 0,074) Beitragssatzpunkten entspricht. Diese geringfügige Steigerung des Beitragssatzes erscheint gerechtfertigt, wenn es darum geht, die SPV funktionsfähig zu erhalten.

664. Im bisher nichtwettbewerblichen System der Pflegeversicherung könnten Wettbewerbselemente den Pflegebedürftigen zu Gute kommen. Wenn Pflegekassen mit einzelnen Pflegeheimen oder Pflegeheimketten für ihre Versicherten besondere Tarife aushandeln, verringern sie den Eigenanteil der Versicherten. Jeder Versicherte erhält jedoch die Möglichkeit, sich auch für einen anderen Anbieter zu entscheiden, muss dann allerdings einen höheren Eigenanteil in Kauf nehmen.

665. Die Pflegeheime könnten ihrerseits in Zukunft flexiblere Pflegeangebote vorhalten, die es gestatten, Betreuungsleistungen von Angehörigen in die Heimpflege zu integrieren oder Betreuungspakete von außen mit der Heimbetreuung zu vernetzen. So könnte eine differenzierte Leistungs- und Preisstruktur entstehen und gleichzeitig die strenge Trennung von ambulanter und stationärer sowie häuslich familialer Betreuung aufgehoben werden.

666. Bei der Umsetzung des Bundesverfassungsgerichtsurteils zur Entlastung der Erziehenden im Beitragssystem der Pflegeversicherung ist der generative Beitrag der Eltern zu honorieren. Erziehende sollten nicht generell und einheitlich, sondern in Zusammenhang mit der Anzahl der Kinder entlastet werden. Der alleinige Ausgleich im System der Pflegeversicherung wirft eine Reihe von Fragen auf und verursacht administrative Kosten. Für einen partiellen Ausgleich der finanziellen Belastungen bietet sich das Steuersystem an. Zudem trug das Bundesverfassungsgericht dem Gesetzgeber auf, alle Sozialversicherungszweige auf Verwerfung durch die Last der Kindererziehung zu überprüfen.

Rehabilitation vor Pflege

667. Das übergeordnete Ziel, pflegebedürftigen Menschen ein Leben in ihrer vertrauten Umgebung mit Chancen auf Selbstbestimmung und möglichst weitreichende Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen, ist im Rahmen der Pflegeversicherung bisher nur in beschränktem Umfang umgesetzt worden. Dieses Ziel sollte vor allem durch den Vorrang von Rehabilitationsmaßnahmen vor den Leistungen der Pflege sowie den Vorrang ambulanter vor stationärer Pflege erreicht werden. Doch gerade bei älteren Menschen wird das Präventions- und Rehabilitationspotenzial bisher unzureichend berücksichtigt (vgl. Gutachten 2000/2001, Kapitel 2; 2003, Kapitel 5).

668. Die Chance, durch Prävention und Rehabilitation Pflegebedürftigkeit zu verhindern, zu mindern oder hinauszuzögern, wird bislang unzureichend genutzt. Die

Tabelle 65

Auswirkungen der Dynamisierung und der Umschichtung der Mittel im stationären Bereich bei Einführung im Jahr 2006

	Pflegestufe I		**Pflegestufe II**		**Pflegestufe III**	
	Derzeit	**Ab 2006**	**Derzeit**	**Ab 2006**	**Derzeit**	**Ab 2006**
Leistungen bei häuslicher Pflege (Pflegegeld)	205 €	234 €	410 €	469 €	665 €	760 €
Leistungen bei häuslicher Pflege (Pflegesachleistungen)	384 €	439 €	921 €	1.053 €	1.432 €	1.638 €
Leistungen bei stationärer Pflege	1.023 €	972 €	1.279 €	1.279 €	1.432 €	1.632 €

Quelle: Eigene Berechnungen

aktuelle Ausgestaltung des Versicherungssystems schränkt die bestehenden präventiven und rehabilitativen Möglichkeiten, der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken, ungewollt ein. Für Krankenkassen besteht der Anreiz, Leistungen auf die Pflegeversicherung zu verlagern. Sie selbst besitzen nur dann ein Interesse an präventiven und rehabilitativen Maßnahmen, wenn sich deren Erfolge in der GKV und nicht als externe Effekte in der SPV niederschlagen. Sie handeln rational, wenn sie sich an der Schnittstelle für ineffiziente Lösungen entscheiden, die auch den Interessen der Versicherten zuwiderlaufen. Rehabilitation sollte von dem Träger finanziert werden, der auch aus dem Erfolg der Maßnahme Nutzen zieht. Nur so geht die Last der Finanzierung mit einem Interesse an einem potenziellen Präventions- bzw. Rehabilitationserfolg einher. Daraus folgt die Forderung nach der Anerkennung der Pflegekassen als Rehabilitationsträger. Eine solche Entscheidung hebt die Trennung von Finanzierungslast und Erfolgsinteresse bei der geriatrischen Rehabilitation auf und überträgt die Verantwortung für die geriatrische Rehabilitation den Pflegekassen.

669. Dieses Schnittstellenproblem zwischen Kranken- und Pflegekassen bei Rehabilitation lässt sich auch durch die Bildung eines übergreifenden Budgets für Pflegebedürftige lösen. Dieses Budget ist bei den Pflegekassen anzusiedeln, und seine Mittel sind nach den gutachterlichen Empfehlungen des MDK zu bewilligen. Bei jeder zukünftigen Einstufungsbegutachtung sollte das rehabilitative Potenzial der Pflegebedürftigen in die Begutachtung eingehen. Durch den Pflegebescheid sollten die Rehabilitationsempfehlungen dem Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen sowie dem Hausarzt mitgeteilt werden. Der Hausarzt kann dann zusammen mit dem Anspruchsberechtigten einen Antrag auf Rehabilitation stellen.

670. Auch auf Seite der Pflegebedürftigen sind die Anreize für Prävention und Rehabilitation falsch gesetzt. Ausgeschöpfte Rehabilitationspotenziale können für die Betroffenen zwar mit einer gesundheitlichen und funktionellen Verbesserung und damit mit einer Steigerung an Lebensqualität einhergehen, führen aber, wenn es zu einer anderen (verbesserten) Einstufung der Pflegebedürftigkeit kommt, zwangsläufig zu Leistungskürzungen. Dieser Umstand kann die Motivation der Pflegebedürftigen, Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation in Anspruch zu nehmen, einschränken. Es erscheint daher zielführend, die Bereitschaft zur Rehabilitation bei Erfolg materiell zu fördern, indem z. B. die Pflegestufe bei einer Zustandsverbesserung frühestens nach sechs Monaten korrigiert oder die Differenz zwischen den Pflegestufen dem Pflegebedürftigen in einem Betrag ausgezahlt wird.

671. Die Pflege selbst konnte, z. B. durch bestehende Ausbildungsmängel, die Reformansätze ‚Reha vor Pflege' nicht adäquat umsetzen. Darüber hinaus folgt der einseitige Vorrang von Rehabilitation vor Pflege einem sequenziellen Verständnis eines Krankheitsverlaufs, der den Zuständen chronisch Kranker und Pflegebedürftiger nicht gerecht wird (vgl. Gutachten 2003, Kapitel 5). Rehabilitation und Prävention müssen zukünftig als integrale Bestandteile pflegerischer Arbeit implementiert werden. Dies ermöglicht, die Ressourcen Pflegebedürftiger mit Hilfe der Rehabilitation zu fördern und zu erhalten und die professionell vorhandenen rehabilitativen Potenziale der Pflege zu nutzen.

672. Modellprojekte zu trägerübergreifenden persönlichen Budgets, wie sie das Gesetz jetzt ermöglicht, bieten die Chance, einen noch flexibleren persönlichen Umgang mit den Leistungen der Pflegeversicherung zu erproben. Die Pflegebedürftigen sollten das *Case-Management* nicht – wie jetzt vorgesehen – selbst finanzieren müssen.

673. Für die Prävention der Pflegeabhängigkeit sind auch die Kommunen und Länder mitverantwortlich. Ihnen fällt die Aufgabe zu, die notwendige Infrastruktur zu schaffen und zu erhalten. Dies umfasst die Wohngebäudeausgestaltung, die Bereitstellung gemeindenaher Dienste für Hilfeleistungen, die nicht Gegenstand der Pflege oder der Pflegeversicherung sein können, aber auch die Stärkung und Unterstützung ehrenamtlichen Engagements.

Qualitätssicherung in der Pflege

674. Die Pflege hat, wie auch andere Gesundheitsberufe, in den letzten Jahren ihre Bemühungen im Bereich der Qualitätssicherung ausgebaut und Erfolge erzielen können. Dennoch besteht eine erhebliche Varianz zwischen Einrichtungen und Regionen. Entscheidende Maßstäbe für Pflegequalität sind die Erhaltung der Selbstbestimmung pflegeabhängiger Menschen und ihre Teilhabe am Leben der Gesellschaft. Die Qualitätsentwicklung dient aus diesem Grund der verbesserten Versorgung Pflegebedürftiger. Es mangelt aber bisher an nutzerdefinierten Qualitätskriterien. Erst der Aufbau eines entsprechenden empirischen Basiswissens würde es ermöglichen, Qualitätskriterien aus der Nutzerperspektive zu entwickeln. Dieser Aufgabe sollte sich insbesondere der ‚Runde Tisch Pflege' widmen, denn mit der Einrichtung dieser Initiative durch die Bundesministerien für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie für Gesundheit und Soziale Sicherung verbindet sich die Aufgabe, die Qualität der Pflege in Deutschland offensiv zu verbessern.

675. Qualitätsentwicklung zielt aber auch darauf ab, die Professionalität der Leistungserbringer zu erhöhen. Es besteht in dieser Hinsicht ein erheblicher Bedarf, die Rahmenbedingungen für die Arbeit im Pflegebereich attraktiver zu gestalten. Dazu gehören neben finanziellen Anreizen für die Aufnahme einer Arbeit im Pflegebereich u. a. die Integration von Prävention und Rehabilitation in die Aus-, Weiter- und Fortbildung aller Pflegekräfte, Förderung physikalischer Therapie und Ergotherapie, nachvollziehbare Systeme zur Bestimmung von Pflegezeiten oder des Pflegepersonalbedarfs sowie die Entwicklung von evidenzbasierten Expertenstandards für die Pflege. Die gesellschaftliche Aufwertung der Pflegeberufe und die Schaffung von besseren Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung würden diese Berufe für eine größere Personengruppe attraktiv machen.

676. Die vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Pflegeberatungseinsätze im häuslichen Bereich dienen dazu, den

Qualitätsstandard der familialen Pflege zu überprüfen. Problematisch ist dabei das immer wieder entstehende Spannungsverhältnis zwischen Beratung und Kontrolle und die Reduktion der Beratungsaufgabe auf verwaltungsbezogene Fragen und finanzielle Leistungen. Dabei könnte eine gezielte Hilfestellung und Beratung sowohl einer Überforderung der Angehörigen entgegenwirken als auch eine mögliche Unterversorgung des Pflegebedürftigen abwenden helfen.

Der Qualitätsprüfung der stationären Langzeitpflege dienen neben dem internen Qualitätsmanagement auch externe Verfahren (Heimaufsicht und MDK). Neben der weiteren Intensivierung der externen Prüfung (Ausbau der unangemeldeten Besuche in den Einrichtungen) sollte die Qualitätsentwicklung in der stationären Langzeitbetreuung Pflegeabhängiger aber auch über den größeren Einfluss von Betroffenen bzw. über die Pflicht zu einer offensiven und nutzerfreundlichen Informationspolitik der Einrichtungen und Träger erreicht werden.

677. Es mangelt an verlässlichen Forschungsergebnissen zum Pflegebedarf, auf deren Basis die Planung der zukünftigen Pflege erfolgen kann. Der Pflegemarkt wird in den nächsten Jahrzehnten stark anwachsen. Um den Anforderungen gerecht zu werden und in diesem Sektor längerfristig planen zu können, bilden belastbare Untersuchungen zur voraussichtlichen Entwicklung der Ausgaben, der Beitragsätze und des Arbeitskräftebedarfs eine notwendige Voraussetzung.

Versorgungsverbesserungen für besondere Problemlagen

678. Nach Einführung der Pflegeversicherung entstand zunächst eine relativ uniforme Leistungslandschaft, in der u. a. chronisch Kranke in Spätphasen ihres Krankheitsverlaufs oder sterbende Menschen nicht bedarfsgerecht versorgt werden können. Diese Einschätzung trifft insbesondere auch auf die pflegerische Versorgung demenziell Erkrankter zu.

Bei steigender Lebenserwartung werden die Demenzerkrankungen in den kommenden Jahren an gesamtgesellschaftlicher Bedeutung gewinnen. Um diesen Herausforderungen begegnen zu können, müssen neue Betreuungs- und Beratungsstrukturen geschaffen werden.

679. Die zunehmende Zahl Demenzkranker, eine vorhandene Unterversorgung und die Varianz in der Behandlung Betroffener sprechen dafür, diese Erkrankung im Rahmen integrierter Versorgungsstrukturen zu versorgen. Die medizinische und pflegerische Versorgung Demenzkranker sollte anfangs mit dem Ziel einer besseren Behandlung durch integrierte Konzepte sektoren- und versicherungsübergreifend erfolgen. Im Rahmen solcher Programme könnte es gelingen, mangelnde Kenntnisse über diese Erkrankung bei betreuenden Ärzten abzubauen und Pflegekräfte für die besonderen Anforderungen einer zunehmenden Zahl demenziell Erkrankter weiterzubilden.

Bei Erkrankungen wie der Demenz, die im hohen Lebensalter auftreten und von anderen Erkrankungen begleitet werden, eignen sich *Case-Management*-Angebote zur bedarfsangepassten Betreuung. Die Betroffenen und ihre Angehörigen können die Behandlung und Betreuung oft nur schwer organisieren, sobald Ansprüche an verschiedene Bereiche bestehen. Eine zentrale Organisation könnte die Behandlung verbessern und die Angehörigen vor Überforderung schützen.

680. Insbesondere Angehörige, die Demenzkranke pflegen, sind stark durch die Betreuung belastet und leiden vielfach selbst an Gesundheitsproblemen. Trotz erreichter Fortschritte berücksichtigt die Pflegeversicherung diesen besonderen Hilfebedarf nicht hinreichend. Dies gilt nicht nur für finanzielle Zuwendungen, sondern auch für solche Maßnahmen zur Stärkung der häuslichen Pflege, die informelle Pflegesysteme entlasten und einen Teil der Arbeit in den professionellen Sektor überführen. Pflegende Angehörige benötigen mehr Entlastungsmöglichkeiten als bisher, und der Pflegesektor muss Anreize zum Aufbau unterstützender Hilfestrukturen unterschiedlicher Art erhalten.

681. Bei der Suche nach neuen Wohnformen, gerade für an Demenz Erkrankte, lassen sich die gemachten Erfahrungen nutzen. Durch die weitere Unterstützung und Ausweitung der Modellprojekte in Deutschland könnten sich neue Impulse für eine Versorgungsvielfalt ergeben. Im Rahmen solcher Angebote und Modellprojekte könnte es gelingen, das ehrenamtliche Engagement noch mehr als bislang in die Betreuung kranker – vor allem alter – Menschen zu integrieren.

682. Es besteht ein erheblicher Forschungsbedarf zur Demenz, ihren Versorgungsproblemen und zur Pflege. Neben den rein physiopathologischen Erkenntnissen zur Entstehung und Verlangsamung der Progredienz stehen die Effekte der verfügbaren medikamentösen Therapie und ihre Nachhaltigkeit zur Diskussion. Der Nutzen der derzeitigen medikamentösen Therapie ist nicht unumstritten, Nutzen-Kosten-Analysen im Versorgungsalltag, die die Kosten medikamentöser und nichtmedikamentöser Therapien den Einsparungen, z. B. durch einen verringerten Betreuungsaufwand, gegenüberstellen, versprechen hier eine Verbesserung der Entscheidungsgrundlage. In solche Analysen wären auch die Urteile der Erkrankten selbst und ihrer Angehörigen einzubeziehen.

Es bedarf weitergehender Analysen und Forschung, um die Anteile, die die Versorgung von Demenzkranken am Gesamtvolumen der Pflegeversicherung einnimmt, zu identifizieren und um zu ermitteln, wie sich die Kosten zwischen Kranken- und Pflegeversicherung sowie dem Erkrankten selbst verteilen.

5.11 Literatur

Abbott, R.D., White, L.R., Ross, G. W., Masaki, K. h., Curb, J. D. and Petrovitch, H. (2004): Walking and Dementia in Physically Capable Elderly Men. Journal of the American Medical Association; 292, S. 1447–1453.

AD2000 Collaborative Group (2004): Long-term donepezil treatment in 565 patients with Alzheimer`s disease (AD2000): randomised double-blind trail. Lancet; 363, S. 2105–2115.

Adler, C., Wilz, G. und Gunzelmann, T. (1996): „Frei fühle ich mich nie“ – Frauen pflegen ihren an Demenz erkrankten Ehemann, Vater oder Mutter. Gesundheitswesen 58 (Sonderheft 2), S. 125–131.

Anttila, T., Helkala, E.-L., Viitanen, M., Kareholt, I., Fragtiglioni, L., Winblad, B., Soininen, H., Tuomilehto, J., Nissinen, A. and Kivipelto, M. (2004): Alkohol drinking in the middle age and subsequent risk of mild cognitive impairment and dementia in old age: a prospective population based study. British Medical Journal, www.bmj.com, Stand: 17.8.2004.

Arbeitgeber- und BerufsVerband Privater Pflege e.V. (AVBP) (2004): Hauptsache satt und sauber? ABVP fordert Ende des schmutzigen Geschäfts der illegalen Beschäftigung in der häuslichen Pflege! Pressemitteilung 12/2004.

Arntz, M. und Spermann, A. (2003): Wie lässt sich die gesetzliche Pflegeversicherung mit Hilfe personengebundener Budgets reformieren? ZEW Discussion Paper No. 03-58, Mannheim.

Asada, T., Yamagata, Z., Kinoshita, T., Kinoshita, A., Kariya, T., Asaka, A. and Kakuma, T. (1996): Prevalence of dementia and distribution of ApoE alleles in Japanese centenarians: an almost-complete survey in Yamanashi Prefecture, Japan. Journal of American Geriatrics Society; 44, S. 151–155.

Aust, B. (1994): Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung. P94-201. Berlin.

Baltes, P. B. (1993): The aging mind: Potential and limits. Gerontologist; 33, S. 580–594.

Baltes, P. B. (1997): Die unvollendete Architektur der menschlichen Ontogenese: Implikationen für die Zukunft des vierten Lebensalters. Psychologische Rundschau; 48, S. 191–210.

Barberger-Gateau, P., Leteneur, L., Deschamps, V., Pérès, K., Dartigues, J.-F. and Renaud, S. (2002): Fish, meat, and risk of dementia: cohort study. British Medical Journal; 325, S. 932–933.

Baron, R. (1995): Ein guter Tag für den Sozialstaat? Das Pflegeversicherungsgesetz läßt noch viel zu tun übrig, Sozialmagazin, 20. Jg., H. 1, S. 18–24; 45–47.

Becker, R. (1997): Häusliche Pflege von Angehörigen: Beratungskonzeptionen für Frauen. Frankfurt/Main.

Behning, U. (1997): Richtungswechsel in der Sozialpolitik? Zur Anerkennung von nicht-professionellen häuslichen Pflegeleistungen durch das Pflege-Versicherungsgesetz, in: Behning, U. (Hrsg.): Das Private ist ökonomisch. Widersprüche der Ökonomisierung privater Familien- und Haushalts-Dienstleistungen. S. 103–118.

Bickel, H. (1995): Demenzkranke in Alten- und Pflegeheimen: Gegenwärtige Situation und Entwicklungstendenzen, in: Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.): Medizinische und gesellschaftspolitische Herausforderung: Alzheimer Krankheit. Bonn, S. 49–68.

Bickel, H. (1999): Epidemiologie der Demenz, in: Förstl, H., Bickel, H. und Kurz, A. (Hrsg.): Alzheimer Demenz. Grundlagen, Klinik und Therapie. Berlin, S. 9–32.

Bickel, H. (2000): Demenzsyndrom und Alzheimer Krankheit: Eine Schätzung des Krankenbestandes und der jährlichen Neuerkrankungen in Deutschland. Gesundheitswesen; 62, S. 211–218.

Bickel, H. (2001): Demenzen im höheren Lebensalter: Schätzungen des Vorkommens und der Versorgungskosten. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie; 34, S. 108–115.

Bieback, K.-J. (2004): Qualitätssicherung in der Pflege im Sozialrecht. Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V. (BUKO-QS) (Hrsg.). Heidelberg.

Bischkopf, J., Busse, A. and Angermeyer, M. C. (2002): Mild cognitive impairment – a review of prevalence, incidence and outcome according to current approaches. Acta psychiatrica Scandinavica; 106, S. 403–414.

Blinkert, B. und Klie, T. (1998): Freiburger Pflegestudie: Der Pflegemix kommt. Was sich für Pflegebedürftige durch die Leistungen der Pflegeversicherung verändert hat. Forum Sozialstation, 22. Jg., H. 94, S. 24–27.

Blinkert, B. und Klie, T. (1999): Pflege im sozialen Wandel: eine Untersuchung über die Situation von häuslich versorgten Pflegebedürftigen nach Einführung der Pflegeversicherung, Hannover.

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hrsg.) (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen, Berlin.

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hrsg.) (2004): Ambulant betreute Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen. Bonn.

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hrsg.) (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Bonn.

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hrsg.) (2001): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin.

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (Hrsg.) (2001): Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Bonn.

BMGS (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2004): Zahlen und Fakten der Pflegeversicherung. http://www.bmgs.ivbb.bund.de/index1.asp.

BMGS (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung)(2004): Dritter Bericht zur Pflegeversicherung. Bonn.

Bohlken, J. (2001): Demenz 2010: 1,5 Millionen Patienten erwartet. NeuroTransmitter (Sonderheft 1), S. 32–36.

Borchert, J. und Reimann, A. (2004): Die Umsetzung des Pflegeurteils. Arbeitspapier/ Dokumentation. Nr. 133/ 2004 Konrad-Adenauer-Stiftung. Sankt Augustin.

Bornkamp-Baake, G. (1998): Die Pflegeversicherung. Soziale Wohltat oder Sondersteuer für kleine Leute? Berlin.

BQS (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung) (2003): Qualität sichtbar machen. BQS-Qualitätsreport 2002. Düsseldorf.

BQS (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung) (2004): Pflegerische Qualitätssicherung in herzchirurgischen und orthopädischen Leistungsbereichen. www.bqs-online.de; Stand 6.10.2004.

Braun, U. und Schmidt, R. Hrsg. (1997): Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur. Deutsches Zentrum für Altersfragen. Regensburg.

Breitner, J. C. S., Gau, B. A., Welsh, K. A., Plassmann, B. L., McDonald W. M., Helms, M. J. and Anthony, J. C. (1994): Inverse association of anti-inflammatory treatments and Alzheimer's disease. Neurology; 44, S. 227–232.

Breteler, M. M. B., Claus, J. J., Van Duijn, C. M., Launer, L. J. and Hofman, A. (1992): Epidemiology of Alzheimer's disease. Epidemiol Rev ;14, S. 59–82.

Bretz, M. (1986): Bevölkerungsvorausberechnungen: Statistische Grundlagen und Probleme. Wirtschaft und Statistik, 4/1986, S. 233–260.

Breyer, F., Franz, W., Homburg, S., Schnabel, R. und Wille, E. (2004): Reform der sozialen Sicherung. Berlin.

Brög, W. (1980): Anzahl und Situation zu Hause lebender Pflegebedürftiger: Ermittlung der Repräsentativdaten und Situationsgruppenanalyse, Stuttgart.

Brömme, N. (1999): Eine neue Kultur des Helfens und der mitmenschlichen Zuwendung? Über die sozialen Auswirkungen des Pflegeversicherungsgesetzes. P99-106. IWP-Paper. Bielefeld.

Brucker, U. (2001): Qualität in der Pflege: Schwachstelle Management. Die BKK. Zeitschrift der betrieblichen Krankenversicherung; 1, S. 14–19.

Brucker, U. und Lürken, L. (2000): Das Pflege-Versicherungsgesetz und der Hilfebedarf demenziell Erkrankter. Erfahrungen und Verbesserungsmöglichkeiten aus der Sicht des Medizinischen Dienstes. Vortrag anlässlich des Sozialmedizinischen Expertenforums des MDS „Demente und ihre Angehörige – vom Versorgungssystem vernachlässigt?" am 11. April 2000 in Berlin.

Bruder, J: (2002): Anforderungen an die Pflege von Demenzkranken, in: Hallauer, J. F. und Kurz, A.: Weißbuch Demenz. Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland. Stuttgart, S. 87–89.

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bundesarbeitsblatt, verschiedene Jahrgänge, Stuttgart.

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (2003): Pressemitteilung vom 06.02.2003.

Bürger, K., Malzer, T. und Bickel, H. (2003): Epidemiologie, in: Hampel, H., Padberg, F. und Möller, H. J. (Hrsg.): Alzheimer-Demenz. Klinische Verläufe, diagnostische Möglichkeiten, moderne Therapiestrategien, Stuttgart, S. 28–49.

Burmeister, J. (1997): Die Wirkung der Pflegeversicherung in der ambulanten Pflege – Ergebnisse einer Implementationsstudie. Arch. Soz. Arb.; 28, S. 220–249.

Büser, W., Bunzenthal, R. und Scheele, N. (1998): Kursbuch Krankenversicherung und Pflegeversicherung. Frankfurt/Main.

Callahan, C. M., Hall, K. S., Hui, S. L., Musick, B. S., Unverzagt, F. W. and Hendrie, H. C. (1996). Relationship of age, education, and occupation with dementia among a community-based sample of African Americans. Arch Neurol; 52, S. 134–140.

Chors, M. und Meins, W. (2000): Die Einstellungen von Angehörigen zur Frühdiagnostik der Alzheimerschen Krankheit. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. S. 125–130.

Clarfield, A.M.: (2003): The Decreasing Prevalence of Reversible Dementias: An Updated Meta-analysis. Archives of Internal Medicine; 1963; S. 2219–2229.

Conell, C.M. and Gallant, M.P. (1996): Spouse caregivers` attitudes toward obtaining a diagnosis of a dementing illness. Journal of the American Geriatrics Society; 44, S. 1003–1009.

Cooper, B., Bickel, H. und Schäufele, M. (1992): Demenzerkrankungen und leichtere kognitive Beeinträchtigungen bei älteren Patienten in der ärztlichen Allgemeinpraxis. Nervenarzt; 63, S. 551–560.

Dahlgaard, K. und Schiemann, D. (1996): Vorraussetzungen und Darstellung der Methode der Stationsgebundenen Qualitätssicherung, in: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Qualitätsentwicklung in Pflege. Band 79. Baden-Baden, S. 1–79.

Deutscher Bundestag (Hrsg.) (1998): Demographischer Wandel: zweiter Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel" – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik. Bonn.

Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2001): Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Drucksache 14/5590.

Deutscher Bundestag, (Hrsg). (2002): Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik", Deutscher Bundestag – 14. Wahlperiode, Bundestagsdrucksache 14/8800 vom 28.3.2002.

Diehl, J., Stahelin, H., Wiltfang, J., Ampel. H., Calabrese, P., Monsch, A., Schmid, A., Romero, B., Schunk, M., Kuhlmann, H. P., Wolter-Henseler, D. K:, Mauerer, C., Stoppe, G. und Kurz, A. (2003): Erkennung und Behandlung der Demenz in den deutschsprachigen Memory-Kliniken: Empfehlungen für die Praxis. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie; 36, S. 189–196.

Dietz, B. (2002): Die Pflegeversicherung. Ansprüche, Wirklichkeiten und Zukunft einer Sozialreform, Wiesbaden.

Dinkel, R.H., Nafziger U. und Lebok U. (1997): Regionale Unterschiede in den Begutachtungsergebnissen des häuslichen Pflegebedarfs im Jahr 1995 und deren mögliche Erklärungen. Das Gesundheitswesen; 59, Sonderheft 1, S. 59–64.

Dirksen, W., Matip, E. und Schulz, C. (1999): Wege aus dem Labyrinth der Demenz. Ein Praxishandbuch für Profis. Münster.

DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (2002): Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Osnabrück.

DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Hrsg.) (2002): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück.

DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Hrsg.) (2004a): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück.

DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Hrsg.) (2004b): Sonderdruck Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück.

DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Hrsg.) (2004c): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. 2. Auflage mit aktualisierter Literaturstudie (1999 – 2002). Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück.

Doody, R.S., Stevens, J.C., Dubinsky, R.M., Kaye, J.A., Gwyther, L., Mohs, R.C., Thal, L.J. Whitehouse, P.J:, DeKosky, S.T. and Cummings, J.L. (2001): Practice parameter: management of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology, S. 1154–1166. www.neurology.org/cgi/content/abstract/56/9/1154

Duara, R., Lopez-Alberola, R.F., Barker, W.W., Loewenstein, D.A., Zatinsky, M., Eisdorfer, C.E. and Weinberg, G.B. (1993): A comparison of familial and sporadic Alzheimer's disease. Neurology; 43, S. 1377–84.

Erbsland, M. und Wille, E. (1995): Bevölkerungsentwicklung und Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, 4/1995, S. 661–686.

Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen (1993): Familiale Betreuung abhängiger alter Menschen in den Ländern der Europäischen Gemeinschaften. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.

Evers, A. (1995): Die Pflegeversicherung. Ein mixtum compositum im Prozeß der politischen Umsetzung. Sozialer Fortschritt; 44. Jg., H. 2, S. 23–28.

Evers, A. (1997): Geld oder Dienste? Zur Wahl und Verwendung von Geldleistungen im Rahmen der Pflegeversicherung. WSI-Mitteilungen (7); S. 510–519.

Evers, A. (1998): Zwischen Versorgung und Aktivierung. Das Pflegegesetz ermöglicht eine neue Kultur der Pflege – seine Umsetzung droht sie zu verbauen, in: Schmidt, R. und Thiele, A. (Hrsg.): Konturen der neuen Pflegelandschaft: Positionen, Widersprüche, Konsequenzen. Regensburg, S. 7–21.

Evers, A. und Rauch, U. (1997): Geldleistungen in der Pflegeversicherung – Motive und Mittelverwendung bei Personen, die im Rahmen des Pflegeversicherungsgesetzes die Geldleistungsalternativen in Anspruch nehmen. Gießen.

Ewers, M. und Schaeffer, D. (1998): Qualitätsentwicklung in der Pflege, in: Michel-Fabian, R. (Hrsg.): Qualitätsentwicklung in der Pflege und Qualitätssicherung nach § 80 SGB XI. Münster, S. 5–21.

Förstl, H., Burns, A. und Zerfass, R. (2003): Alzheimer-Demenz: Diagnose, Symptome und Verlauf, in: Förstl, H. (Hrsg.): Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Grundlagen – Klinik – Therapie. Stuttgart, S. 324–345.

Ewers, M. und Schaeffer, D. (Hrsg.) (2000): Case Management in Theorie und Praxis. Bern.

Fabrigoule, C., Letenneur, L., Dartigues, J. F., Zarrouk, M., Commenges, D. and Barberger-Gateau P. (1995): Social and leisure activities and risk of dementia: a prospektive longitudinal study. Journal of American Gerontology; 43; S. 485–490.

Feil, N. (1990): Validation: Ein neuer Weg zum Verständnis alter Menschen. Wien.

Förstl, H. (2001): Demenzen in Theorie und Praxis. Berlin.

Freese, G. (Hrsg.) (1998): Was hat die Pflegeversicherung für Angehörige gebracht. Dokumentation einer Tagung der evangelischen Akademie Loccum.

Fries, J.F. (1983): The comparison of morbidity. The Milbank Quarterly, Vol. 61, S. 347-419.

Fries, J.F. (2003): Measuring and Monitoring Success in Compressing Morbidity. Ann Intern Med; 139, S. 455–459.

GBA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2004): Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege. Anlagen der Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V und Abs. 7 SGB V. http://www.g-ba.de/htdocs/ba_aek/Arbeitsausschuesse/Richtlinien-Texte/richtl_haeusl_ba_aek.htm.

Görres, S. (2003): Qualitätsentwicklung in der Altenpflege. Unveröffentlichtes Thesenpapier anlässlich des DZA (Deutsches Zentrum für Altersfragen)-Workshops in Berlin 03/03, S. 5.

Gräßel, E. (1998): Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkankter. Teil II: Gesundheit und Belastung der Pflegenden. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie; 31(1), S. 57–62.

Grupe, H. (1998): Das vernetzte Angebot komplementärer Dienste in seiner Bedeutung für die Entlastung Angehöriger, in: Freese, G. (Hrsg.): Was hat die Pflegeversicherung für Angehörige gebracht. Dokumentation einer Tagung der evangelischen Akademie Loccum. 1. Auflage Reihe Loccumer Protokolle. S. 11–32.

Gühlstorf, T. (2003): Die Funktion der Hilfe zur Pflege nach BSHG nach Einführung der Pflegeversicherung. DVP, Nr. 4, S. 153–156.

GVG (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.) (Hrsg.) (2003): Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Nr. 295. Köln.

Hacke, S. (1996): Die Ausstrahlung des Gesundheitsstrukturgesetzes und der sozialen Pflegeversicherung auf die gesetzliche Krankenversicherung. Berlin.

Hallauer, J.F., Berger, K. und Ruckdäschel, S. (2002): Nationale und Internationale Untersuchungsergebnisse, in: Hallauer, J. F. und Kurz, A. (Hrsg.): Weißbuch Demenz – Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland. Stuttgart, S. 20–23.

Hallauer, J.F., Schons, M., Smala, A. und Berger, K. (1999): Defizite in der Behandlung von Patienten mit Alzheimer-Erkrankung. Psycho; 25 (Sonderausgabe 1/99), S. 31–34.

Hallauer, J. F., Schons, M., Smala, A. und Berger, K. (2000): Untersuchung von Krankheitskosten bei Patienten mit Alzheimer-Erkrankungen in Deutschland. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, S. 73–79.

Hanns-Seidel-Stiftung (2001): Generationenstudie 2001. Zwischen Konsens und Konflikt: Was Junge und Alter von einander denken und erwarten, München.

Hasford, J. (2004): Arzneimitteltherapie in der Demenz und ihre Evidenz – welche Studien gibt es und welche brauchen wir? Vortrag am 9.11.2004 auf der Veranstaltung ‚Gegen das Vergessen – Konzepte zur Verbesserung der Versorgungssituation von Demenzpatienten' in Berlin, veranstaltet vom Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen.

Haupt, M. (2002): Medizinische Aus-, Weiter- und Fortbildung, in: Hallauer, J.F. und Kurz, A.: Weißbuch Demenz. Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland. Stuttgart, S. 110–112.

Hendrie, H.L. (1998): Epidemiology of dementia and Alzheimer´s disease. The American Journal of Geriatric Psychiatry; 6, S. 3–18.

Hesse, E. (2002): Versorgung durch Haus- und Fachärzte, in: Hallauer, J. F. und Kurz, A.: Weißbuch Demenz. Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland. Stuttgart, S. 52–55.

Hesse, E. (2004): Die Versorgungssituation von Demenzkranken aus Sicht der Allgemeinmedizin. Vortrag auf der Tagung: Gegen das Vergessen: Konzepte zur Verbesserung der Versorgungssituation von Demenzpatienten, 9.11.2004, Berlin.

Hirsch, R.D., Holler, G., Reichwaldt, W. und Gervink, T. (1999): Leitfaden für die ambulante und teilstationäre gerontopsychiatrische Versorgung. Baden Baden.

Holroyd, S., Snustad, D. G. and Chalifoux, Z. L. (1996): Attitudes of older adults on being told the diagnosis of Alzheimer`s disease. Journal of the American Geriatrics Society; 44, S. 400–403.

Horn, E. L. and Cattell, R. B. (1966): Age differences in primary mental ability factors. Journal of Gerontology; 21, S. 210–220.

ICN (International Council of Nursing) (1991): Die Entwicklung von Standards für Ausbildung und Praxis in der Krankenpflege. Krankenpflege, DBFK; 45 (11), S. 629–652.

IGES, Cassel, D. und Wasem, J. (2001a): Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Endbericht, Berlin.

IGES, Igl, G. und Wasem, J. (2001b): Potentiale und Grenzen der Integration von Gesetzlicher Krankenversicherung (SGB V) und Sozialer Pflegeversicherung (SGB XI). Expertise im Auftrag der Enquête-Kommission Demographischer Wandel des Deutschen Bundestages, Berlin.

Igl, G. (1995): Zu einigen sozialrechtlichen und sozialpolitischen Problemen des neuen Pflegeversicherungsgesetzes, in: Fachinger, U. und Rothgang, H. (Hrsg.): Die Wirkungen des Pflegeversicherungsgesetzes. Sozialpolitische Schriften, Heft 68, Berlin, S. 279–294.

Igl, G., Schiemann, D., Gerste, B. und Klose, J. (Hrsg.) (2002): Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe. Stuttgart/New York.

Ingenhag, W. (2002): Voraussetzungen aus Sicht der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), in: Hallauer, J. F. und Kurz, A.: Weißbuch Demenz. Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland. Stuttgart, S. 123–126.

Jäncke, L. (2004): Neuropsychologie des Alterns, in: Kruse, A. und Martin, M. (Hrsg.): Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht. Bern, S. 207–223.

Jeschke, D und Zeilberger, K. (2004): Altern und körperliche Aktivität. Deutsches Ärzteblatt, Heft 12, 101, S. 789-798.

Jorm, A. F., Korten, A. E. and Henderson, A. S. (1987): The prevalence of dementia: a quantitative integration of the literature. Acta Psychiatr Scand; 76(5), S. 465–479.

Jung, K. (1997): Zwei Jahre Erfahrung mit der Pflegeversicherung – Zum Stand der Umsetzung des SGB XI. Die Krankenversicherung, S. 132–143.

Kanowski, S. und Kühl, K.-P. (1993): Behandlung mit Nootropika, in: Möller, H. J.: Therapie psychiatrischer Erkrankungen. Stuttgart, S. 382–393.

Katzman, R. (1993): Education and the prevalence of dementia and Alzheimer's disease. Neurology; 43, S. 13–20.

Kesselheim, H. (2004): Altenpflege in einem wettbewerbsorientierten System. Gesundheits- und Sozialpolitik, Heft 3-4, S. 53–59.

Klie, T. (1997): Normative Optionen: Die Stellung des Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen im SGB XI, in: Braun, U. und Schmidt, R. (Hrsg.): Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur. Deutsches Zentrum für Altersfragen. Regensburg, S. 9–22.

Klie, T. (1998): Pflege im Sozialen Wandel. Wirkung der Pflegeversicherung auf die Situation Pflegebedürftiger. Zeitschrift für Gerontologie, 31 (6), 387–391.

Klie, T. (1999a): Pflege im Sozialen Wandel. Analysen und Perspektiven sozialer Sicherung bei Pflegebedürftigkeit, in: Klie, Th. und Schmidt, R. (Hrsg.): Die neue Pflege alter Menschen, Göttingen, S. 187–204.

Klie, T. (1999b): Sicherung der Pflege und Pflegeversicherung, in: Klie, Th. und Schmidt, R. (Hrsg.): Die neue Pflege alter Menschen, Göttingen, S. 11–31.

Klie, T. (2004): Wie es Euch gefällt: Personenbezogene Pflegebudgets proben den Auftritt. Forum Sozialstation, Nr. 126, S. 12–17.

Klie, T. und Spermann, A. (2001): Attraktiver als Pflegegeld. Forum Sozialstation, Nr. 111., S. 12–15.

Klingenberg, A., Szecsenyi, J., Hesse, E., Habs, M., Schaper, G., Bolley, J. und Kreisch, M. (Hrsg.) (2001): PRO DEM – ein Projekt zur regionalen Versorgung Demenzkranker und ihrer pflegenden Angehörigen. Erfahrungen und Ergebnisse. Göttingen.

Knappe E. und Rubart, T. (2001): Auswirkungen des demographischen Wandels – Gesetzliche Pflege- und Krankenversicherung im Vergleich, in: Schmähl, W. und Ulrich V. (Hrsg.): Soziale Sicherungssysteme und demographische Herausforderungen, Tübingen, S. 95–120.

Knecht, S. und Berger, K. (2004): Einfluss vaskulärer Faktoren auf die Entwicklung einer Demenz, Deutsches Ärzteblatt/Jg. 101/Heft 31-32, S. 1760–1764.

Kropiunigg, U., Sebek, K., Leonhardsberger, A., Schemper, M. and Dal-Bianco, P. (1999): Psychosocial risk faktor for Alzheimer`s disease. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie; 49; S. 153–159.

Kruse, A. (1994): Die psychische und soziale Situation pflegender Frauen. Beiträge aus empirischen Untersuchungen. Zeitschrift für Gerontologie; 27 (1), S. 42-51.

Kühl, K.-P. und Hellweg, R. (2004): Demenzen – Pathologie, Diagnostik, Therapieansätze, in: Demenz als Versorgungsproblem. Jahrbuch für Kritische Medizin; 40. S. 9-21.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.) (2005): Landesinitiative Demenz-Service NRW. Kurzinformation zur Landeskonferenz „Qualität in der Pflege“ am 10.2.2005 in Dortmund. Köln.

Kurz, A. (1997): Neurobiologie, Ursachen und Risikofaktoren der Alzheimer-Krankheit, in: Wächtler, C. (Hrsg.): Demenzen. Frühzeitig erkennen, aktiv behandeln, Betroffene und Angehörige effektiv unterstützen. Stuttgart, S. 8–16.

Kurz, A. (1999): Der Einfluß von Antidementiva auf den Alltag und das Erleben von Demenzkranken. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie; 32, S. 167–171.

Kurz, A. (2002): Demenzerkrankungen – Ursachen, Symptome und Verlauf, in: Hallauer, J.F. und Kurz, A.: Weißbuch Demenz. Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland. Stuttgart, S. 3–8.

Lauterbach, K. und Wille, E. (2001): Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich. Sofortprogramm „Wechslerkomponente und solidarische Rückversicherung“ unter Berücksichtigung der Morbidität. Abschlussbericht. Gutachten im Auftrag des VdAK, des AEV, des AOK- und des IKK-Bundesverbandes, Köln/ Mannheim.

Lee, P. E, Gill, S. S., Freedman, M., Bronskill, S. E., Hillmer, M. P. and Rochon, P. A. (2004): Atypical antipsycjotic drugs in the treatment of behavioural and psychological symptoms of dementia: systematic review. British Medical Journal. www.bmj.com. Stand. 11.6.2004.

Letenneur, L., Launer, L. J., Andresen, K., Dewery, M. E., Ott, A., Copeland, J. R., Dartigues, J. F. Kragh-Sorensen, P., Baldereschi, M., Brayne, C., Lobo, A., Martinez,-Lage, J. M., Stijnen, T. and Hofman, A. (2000): Education and the risk for Alzheimer`s diesease: sex makes a difference. EURODEM pooled analysis. American Journal of Epidemiology; 151, S. 1064–1071.

Lopez-Arrieta, J. M., Rodriguez, J. L. and Sanz, F. (2001): Efficacy and safety of nicotine on Alzheimer`s disease patients. Cochrane Database Syst Rev; (2): CD001749.

Lu, Z. L., Neuse, J., Madigan, S. and Dosher, B. A.. (2005): Fast decay of iconic memory in observers with mild cognitive impairments. Proceedings of the National Academy of Science; 102, S. 1797–1802.

Lucke, M., Messner T. und Lucke, C. (1997): Erfahrungen in der Umsetzung nach dem Pflegeversicherungsgesetz – ambulante Rehabilitation, Hilfsmittel und Pflegeeinsatz. Das Gesundheitswesen, S. 168–183.

Marstedt, G., Mergner, U. und Müller, R. (1993): Medizinische Rehabilitation innerhalb der GKV: Gesundheitspolitische Zielsetzungen, funktionelles und organisatorisches Selbstverständnis in Krankenkassen. Zeitschrift für Sozialreform, S. 219-244.

Martin, S., Zimprich, D., Oster, P., Wahl, H.-W., Minnemann, E., Baethe, M., Grün U. und Martin, P. (2002): Erfolg und Erfolgsvariablen stationärer Rehabilitation alter Menschen. Eine empirische Studie auf der Basis medizinisch-geriatrischer und psychosozialer Indikatoren. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Nr. 1, S. 24–35.

Maslow, K. (2000): Measuring satisfaction in long term care: „How to?“ and other more troublesome qestions. The Gerontologist; 40, No. 6, S. 752–756.

Matter, C. und Späth, C. (1998): Belastung und Belastungserleben pflegender Angehöriger durch Tag-Nacht-Rhythmus-Störungen Demenzkranker. Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie (2), S. 51–59.

McKhann, G., Drachman, D., Folstein, M., Katzman, R., Price, D. and Stadlan, E. M. (1984): Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA work group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's disease. Neurology; 34, S. 939–944.

MDS (Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen) (2002): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes. Berichtszeitraum 1999/2000. Medizinischer Dienst der Krankenkassen e.V., Essen.

Meier, J. (1997.): Das pflegebedürftige Gesetz: zur Bewertung und zur Bedeutung des Pflegeversicherungsgesetzes als neuestes Sozialleistungsgesetz. Frankfurt-Bockenheim.

Meyer, J.A. (1996): Der Weg zur Pflegeversicherung: Positionen – Akteure – Politikprozesse. Frankfurt/Main.

Meyer, J.A. (1997): Die Euphorie ist vorbei. Die Ambulante Pflege nach Einführung der Pflegeversicherung und vor den Einschnitten in die häusliche Krankenpflege. Mabuse, 22. Jg., H. 105, S. 22–24.

Mielke, R. und Heiss, W. D. (2003): Vaskuläre Demenzen, in: Förstl, H. (Hrsg.): Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Grundlagen – Klinik – Therapie. Stuttgart, S. 346–359.

Mittelman, M. S., Ferris, S. H., Shulman, E., Steinberg, G. and Levin, B. (1996): A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer disease. A randomized controlled trial. JAMA. 1996; 276(21), S. 1725–1731.

Moers, M, Schiemann, D. und Schnepp, W. (1999): Pflegeforschung zum Erleben chronisch kranker und alter Menschen. Bern.

Moise, P., Schwarzinger, M., Um, M.-Y. and the Demetia Experts` Group (2004): Dementia Care in 9 OECD Countries: A Comparative Analysis. OECD Health Working Papers 13, Paris.

Möller, H. J. (2003). Grundlagen und Entwicklung der Demenztherapie, in: Hampel, H., Padberg, F. und Möller, H. J. (Hrsg.): Alzheimer-Demenz. Klinische Verläufe, diagnostische Möglichkeiten, moderne Therapiestrategien, Stuttgart, S. 319–337.

Morris, M. C., Evans, D. A., Bienias, J. L., Tangney, C. C., Bennett, D. A., Wilson, R. S., Aggarwal, N. and Schneider J., (2003): Consumption of fish and n-3 Fatty Acids and risk of Incident Alzheimer Disease. Arch Neurol; 60, S. 940–946.

Müller, K. und Thielhorn, U. (2000): Zufriedene Kunden? Die Qualität ambulanter Pflege aus der Sicht der Patienten. Stuttgart.

Munoz, D.G., Ganapathy, G.R., Eliasziw, M. und Hachinski, E. (2000): Educational attainment and socioeconomic Status of patients with autopsy-confirmed Alzheimer disease. Archives of Neurology; 57 (1), S. 85–89.

Neuropathology Group of the Medical Council Cognitive Function and Aeging Study (2001): Pathological correlates of late-oneset dementias in a multicentre, community-based population in England and Wales. Lancet; 357, S. 169–175.

NICE (National Institute for Clinical Excellence) (2000): Clinical an Cost effectiveness of Donepezil, Rivastigmine and Galantamine for Alzheimer`s Disease. London. http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=appraisals.completed.alzheimers.

NICE (National Institute for Clinical Excellence) (2001): Guidance on the Use of Donepezil, Rivastigmine and Galantamine for the Treatment of Alzheimer´s Disease. London. http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=appraisals.completed.alzheimers.

NICE (National Institute for Clinical Excellence) (2004): Final scope – Drugs for the treatment of Alzheimer's disease London. http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=appraisals.completed. alzheimers.

Oberender, P. und Fleckenstein, J. (2004): Reform der Sozialen Pflegeversicherung in Deutschland – Entschärfung einer „Zeitbombe“. Diskussionspapier 05-04. Bayreuth.

OECD (1988): Aging Populations. The Social Policy Implications, Paris.

Ólafsdóttir M., Foldevi, M. and Marcusson, J. (2001): Dementia in primary care: why the low detection rate? Scandinavian Journal of Primary Health Care; 19, S. 194–198.

Orgogozo, J.-M., Dartigues, J.-F., and Lafont, S. (1997): Wine consumption and dementia in the elderly: a prospective community study in the Bordeaux area. Rev Neurol (Paris); 153, S. 185–192.

Ott, A., Breteler, M. M., van Harskamp, F., Claus, J. J., van der Cammen, T. J., Grobbee, D. E. and Hofman, A. (1995): Prevalence of Alzheimer`s disease and vascular dementia: association with education. The Rotterdam Study. British Medical Journal; 310, S. 970–973.

Ottnad, A. (2004): Systemwechsel in der gesetzlichen Pflegeversicherung. Notwendigkeit und Möglichkeit einer Umstellung auf Kapitaldeckung. Wirtschaftswissenschaftliches Studium, S. 495-500.

Owens, D. J. and Batchelor, C. (1996): Patient Satisfaction and the Elderly. Social Science and Medicine 42, Nr. 11, S. 1483–1491.

Paganini-Hill, A. and Henderson, V. W. (1994): Estrogen deficiency and risk of Alzheimer's Disease in women. Am J Epidemiol, S. 832–836.

Palmer, K., Bäckman, L., Winblad, B. and Fragtiglioni, L. (2003): Detection of Alzheimer`s disease and dementia in the preclinical phase: population based cohort study. British Medical Journal; www.bmj.com, Stand: 13.11.2004.

Pentzek, M. und Abholz, H.-H. (2004): Das Übersehen von Demenzen in der Hausarztpraxis – Der stand der Forschung zu möglichen Einflussfaktoren. Jahrbuch für Kritische Medizin; 40, S. 22–39.

Ploenes, C., Sharp, S. und Martin, M. (1994): Der Uhrentest: Das Zeichnen einer Uhr zur Erfassung kognitiver Störungen bei geriatrischen Patienten. Z. Gerontol.; 27, S. 246–252.

Plute, G. (2002): Vorrang der Rehabilitation vor Pflege? Eine Studie zur Rolle der medizinischen Rehabilitation in der Pflegeversicherung. http://cgi.uni-kassel.de/~dbupress/download_frei.pdf.cgi?3-933146-99-2, Stand: 17.9.2004.

Plute, G. (2004): Rationierung von Gesundheitsleistungen? Am Beispiel geriatrischer Rehabilitation. Sozialer Fortschritt, Nr. 3., S. 74–79.

Priester, K. (2004): Aktuelle und künftige Dimensionen demenzieller Erkrankungen in Deutschland – Anforderungen an die Pflegeversicherung. Berlin.

Pritzkuleit, R. und Erben, C.M. (2001): Antragsverhalten und Pflegebedürftigkeit in der ambulanten Pflege nach dem SGB XI. Ein siedlungsstruktureller Ansatz. Gesundheitswesen 63; S. 200–204.

PSAG (Arbeitsgruppe Gerontopsychiatrie) (o. J.): Konzept zur Gerotopsychiatrischen Versorgung dementiell erkrankter Menschen im Rheinisch-Bergischen Kreis, www.rbk-online.de/downloads/Geronto.pdf, Stand: 8.1.2005.

Raffelhüschen, Bernd (2003), Der Bestand der GKV als Generationenvertrag, erscheint in: Albring, Manfred und Wille, Eberhard (Hrsg.): Die GKV zwischen Ausgabendynamik, Einnahmenschwäche und Koordinierungsproblemen, Frankfurt.

RCN (Royal College of Nursing) and National Institute for Nursing (Hrsg.) (1994): Executive summary – The Impact of a Nursing Quality Assurance Approach, the Dynamic Standard Setting System (DySSSy) on Nursing Practice and Patient Outcomes (The OdySSSy Project). Oxford.

RCN (Royal College of Nursing) and Society of Paediatric Nursing (1994): Standards of care of Paediatric Nursing. Harrow.

Reggentin, H. und Dettbarn-Reggentin, J. (2004a): Wohngruppen für Menschen mit Demenz: Die Möglichkeit des Miteinanders. Pflegezeitschrift, Heft 3, S. 181–184.

Reggentin, H. und Dettbarn-Reggentin, J. (2004b): Wohngruppen für Menschen mit Demenz: Belastung wird durch Motivation kompensiert. Pflegezeitschrift, Heft 7, S. 489–492.

Reinwarth, C. und Niehoff, B. (2002): Aus- und Fortbildung nicht-ärztlicher Berufsgruppen, in: Hallauer, J. F. und Kurz, A.: Weißbuch Demenz. Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland. Stuttgart, S. 113–117.

Reisberg, B., London, E., Ferris, S. H., Borenstein, J., Scheier, L. and deLeon, M. J. (1983): The Brief Cognitive Rating Scale: language, motoric and mood concomitants in primary degenerative dementia. Psychopharmacol Bull; 19, S. 702–708.

Reitan, R.M. (1958): Validity of the Trail Making Test as an indication of organic brain damage. Percept. Mot. Skills; 9, S. 127–130.

Renshaw, J., Scarfield, P. Cloke, L. and Orrell M. (2001): General practitioners´ views on the early diagnosis of dementia. British Journal of General Practice; 51, S. 37–38.

Richter, E. (2004): Schwarzarbeit in der Pflege: Nachfrage offenbart dramatischen Mangel an 24-Stunden-Pflege. Forum Sozialstation Nr. 128/Juni 2004, S. 14–17.

Riedel-Heller, S. G., Schork, A., Fromm, N. und Angermeyer, M. C. (2000): Demenzkranke in der Hausarztpraxis – Ergebnisse einer Befragung. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie; 33, S. 300–306.

Robert, R. (1992): Pflege im Alter: eine ungelöste Aufgabe der Sozialpolitik; zum Meinungsstreit über die Pflegeversicherung. Stuttgart.

Roman, G.C., Tatemichi, T.K., Erkinjuntti, T. Cummings, J.L., Masdeu, J.C., Garcia, J.H., Amaducci, L., Orgogozo, J.M., Brun, A., Hofman, A., et al.(1993): Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN International Workshop. Neurology; 43, S. 250–260.

Romero, B. und Eder, G. (1992): Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET): Konzept einer neuropsychologischen Therapie bei Alzheimer-Kranken. Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie; 5, S. 267–282.

Rothgang, H. (1997): Die Wirkung der Pflegeversicherung. Analyse von Effekten des Pflegeversicherungsgesetzes. Arch. Soz. Arb.;28, S. 191–219.

Rothgang, H. (2000), Wettbewerb in der Pflegeversicherung. Zeitschrift für Sozialreform, 46. Jg., Heft 5, S. 423–448.

Rubinstein, R.L. (1989): The home environments of older people. A description of the psychosocial processes linking person to place. Journal of Gerontology; 44, S. 45–53

Rückert, W. (1999): Von Mensch zu Mensch. Hilfe und Pflege im Alter, in: Niederfranke, A. und Naegele, G. (Hrsg.): Funkkolleg Altern 2 – Lebenslage und Lebenswelt, soziale Sicherung und Altenpolitik. Wiesbaden.

Runde, P., Giese, R. und Stierle, C. (2003): Einstellungen und Verhalten zur häuslichen Pflege und zur Pflegeversicherung unter den Bedingungen des gesellschaftlichen Wandels. Analysen und Empfehlungen auf der Basis von repräsentativen Befragungen bei AOK-Leistungsempfängern der Pflegeversicherung, Hamburg.

Runde, P., Giese, R., Kerschke-Riesch, P., Scholz, U. und Wiegel, D. (1996): Einstellung und Verhalten zur Pflegeversicherung und zur häuslichen Pflege: Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von Leistungsempfängern der Pflegeversicherung. Arbeitsstelle Rehabilitations- und Präventionsforschung, Hamburg.

Rutz, W. (2001): Preventing suicide and premature death by education and treatment. J Affect Disord; 62 (1-2), S. 123–129.

Rutz, W., Walinder, J., Eberhard, G., Holmberg, G., von, K. A., von, K. L., Wistedt, B. and Aberg, W. A. (1989): An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland: background and evaluation. Acta Psychiatr Scand 79(1); S. 19–26.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002): Gutachten 2000/2001, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation, Baden-Baden.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002): Gutachten 2000/2001, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band II: Qualitätsentwicklung in der Medizin und Pflege, Baden-Baden.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): Gutachten 2003, Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Band II: Qualität und Versorgungsstrukturen, Baden-Baden.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002): Gutachten 2000/2001, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung, Baden-Baden.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung, Baden-Baden.

Sandholzer, H., Breull, A. und Fischer, G. C. (1999): Früherkennung und Frühbehandlung von kognitiven Funktionseinbußen: eine Studie über eine geriatrische Vorsorgeuntersuchung im unausgelesenen Patientengut der Allgemeinpraxis. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie; 32. S. 172–178.

Scarmeas, N., Levy, G., Tang, M. X., Manly, J. and Stern, Y. (2001): Influence of leisure activity on the incidence of Alzheimer`s disease. Neurology; 57; S. 2236–2242.

Schaeffer, D. (2000): Versorgungsintegration und -kontinuität: Implikationen für eine prioritär-ambulante Versorgung chronisch Kranker. Pflege und Gesellschaft, Nr. 2, S. 33–36.

Schaeffer, D. (2002): Ambulante Schwerkrankenpflege: Entwicklungen und Herausforderungen in Deutschland, in: Schaeffer, D. und Ewers, M. (Hrsg.): Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker. Bern, S. 17-44.

Schaeffer, D. (2004): Der Patient als Nutzer. Krankheitsbewältigung und Versorgungsnutzung im Verlauf chronischer Krankheiten, Bern.

Schaeffer, D. und Ewers, M. (2002a): Integration der Versorgung in Zeiten von DRGs – Bedeutung und Konsequenzen für die Pflege. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, Nr. 5, S. 317–323.

Schaeffer, D. und Ewers, M. (2002b): Professionsbezogene Ansätze der Qualitätsförderung und -messung: Die Pflege, in: Badura, B. und Siegrist, J. (Hrsg.): Evaluation im Gesundheitswesen. Ansätze und Ergebnisse. Weinheim/München, S. 73–85.

Schaeffer, D. und Ewers. M. (2002c): Ambulant vor Stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker. Bern.

Schaeffer, D., Günnewig, J. und Ewers, M. (2003): Versorgung in der letzten Lebensphase. Analyse einzelner Fallverläufe. P03-120. Bielefeld.

Schäuffele, M., Bickel, H. und Weyerer, S. (1999): Predictors of mortality among demented elderly in primary care. International Journal of Geriatric Psychiatrie; 14, S 18–24.

Schiemann, D. und Moers, M. (2002): Nationaler Expertenstandard Dekubitusprohylaxe in der Pflege, in: Igl, G. und Schiemann D. (Hrsg.): Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe. Stuttgart, S. 205–225.

Schiemann, D. und Moers, M. (2004): Die Implementierung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege, in DNQP (Hrsg.): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. 2. Auflage mit aktualisierter Literaturstudie (1999–2002). Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück, S. 101–131.

Schiemann, D. und Schemann J. (2004): Die Entwicklung und Konsentierung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege, in DNQP (Hrsg.), Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. 2. Auflage mit aktualisierter Literaturstudie (1999–2002). Osnabrück, S. 23–33.

Schiemann, D., Moers, M., Blumenberg, P. und Schemann, J. (2004): Vorläufiger Abschlussbericht zum Modellvorhaben des BMGS: Entwicklung, Konsentierung und Implementierung von Expertenstandards in der Pflege. Osnabrück (unveröffentlicht).

Schmidt, R. (1999): Pflege als Aushandlung. Die neuen pflegeökonomischen Steuerungen, in: Klie, Th., Schmidt, R. (Hrsg.): Die neue Pflege alter Menschen, Göttingen, S. 33–91.

Schnabel, E. und Schönberg, F. (2000): Qualitätssicherung in der Pflege – Bestandsaufnahme und Perspektiven für NRW, in: Naegele, G. und Peter, G. (Hrsg.). Arbeit – Alter – Region. Zur Debatte um die Zukunft der Arbeit, um die demographische Entwicklung und die Chancen regionalpolitischer Gestaltung. Münster. S.193–208.

Schneekloth, U. (2002): Differenzierte Bedarfslagen erfordern differenzierte Strukturen – Perspektiven zur Weiternetwicklung der Strukturen der Altenpflege. Vortrag am 27. November 2002 auf dem Landespflegetag ‚Pflege – Quo vadis?' in Stuttgart.

Schneekloth, U. und Leven, I (2003): Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002, München.

Schneekloth, U. und Müller, U. (1999): Wirkung der Pflegeversicherung. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Durchgeführt v. I+G Gesundheitsforschung und Infratest Burke Sozialforschung, Schriftreihe des BMfG Band 127. Baden-Baden.

Schneekloth, U. und Müller, U. (2000): Wirkungen der Pflegeversicherung. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 127, Baden- Baden.

Schönberg, F. und Schnabel, E. (2002): Qualitätssicherung: Nutzerorientierung und „patient view" in stationären Altenpflegeeinrichtungen, in: Klie, T., Buhl, A., Entzian, H. und Schmidt, R. (Hrsg.): Das Pflegewesen und die Pflegebedürftigen. Frankfurt. S. 203–222.

Schwabe, U. (2004): Antidementiva, in: Schwabe, U. und Paffrath, D. (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report 2004. Berlin, S. 281–299.

Schwerdt, R. und Tschainer, S. (2002): Spezifische Anforderungen an die Pflege demenziell erkrankter Menschen, in: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung, Band III: Hochaltrigkeit und Demenz als Herausforderung an die Gesundheits- und Pflegeversorgung, Hannover, S. 181–287.

Seidler, A. (2004): Können psychosoziale Faktoren vor der späteren Entwicklung einer Demenzerkrankung schützen? Jahrbuch für Kritische Medizin; 40, S. 40–48.

Sendler, J. (2004): Zukunftsanforderungen an eine wirksame Absicherung bei Pflegebedürftigkeit. Soziale Sicherheit, Heft 8–9, S. 263–269.

Sievering, O. (1996): Pflegeversicherung: Allokative, meritorische und distributive Aspekte staatlicher Eingriffsmöglichkeiten. Frankfurt/Main.

Simon, M. (2004): Die Begutachtung im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung. Kritische Anmerkungen zur Validität der Ergebnisse. Journal of Public Health; 12, S. 218–228.

Singh, D. (2004): Drug for Alzheimer`s disease is of little benefit, study shows. British Medical Journal; 329, S. 9.

Spiegel, R. (1989): The NOSGER (Nurses Observation Scale for Geriatric Patients), Clinical Research, CNS Department. Basel.

Stampfer, M.J., Kang, J.H., Chen, J., Cherry, R. and Grodstein, F. (2005): Effects of Moderate Alcohol Consumption on Cognitive Function in Women. The New England Journal of Medicine; 352, S. 245–253.

Statistisches Bundesamt (1980–2000): Fachserie 1: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Reihe 1: Gebiet und Bevölkerung, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2003): Bevölkerung Deutschlands bis 2050. 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2003): Kurzbericht: Pflegestatistik 2001 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung-Deutschlandergebnisse, Bonn.

Statistisches Bundesamt (2003): Sozialhilfe in Deutschland. Entwicklung, Umfang, Strukturen. Wiesbaden.

Stoppe, G. (1997): Diagnose und Differentialdiagnose der Demenz und Demenzerkrankungen, in: Wächtler, C. (Hrsg.): Demenzen. Frühzeitig erkennen, aktiv behandeln, Betroffene und Angehörige effektiv unterstützen. Stuttgart, S. 17–39.

Stoppe, G. 2002): Kapazität und Aufgabe fachärztlicher Versorgung, in: Hallauer, J.F. und Kurz, A.: Weißbuch Demenz. Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland. Stuttgart, S. 59-61.

Stoppe, G. und Staedt, J. (1993): Die frühe diagnostische Differenzierung primär dementer von primär depressiven Syndromen im Alter – ein Beitrag zur Pseudodemenzdiskussion, in: Fortschritt. Neurol Psychiat; 61, S. 172–182.

Stoppe, G. und Staedt, J. (1999): Psychopharmakotherapie von Verhaltensstörungen bei Demenzkranken. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie; 32, S. 153–158.

The Secretariat of the Economic Commission for Europe (1992): Demographic Aspects of Changes in the Age Structure, in: Stolnitz, G.J. (Eds.): Demographic Causes and Economic Consequences of Population Ageing, Economic Studies No. 3, New York, S. 13–74.

Ulrich, V. und Schmähl, W. (2001): Demographische Alterung in Deutschland: ein Überblick, in: Schmähl W. und Ulrich, V. (Hrsg.): Soziale Sicherungssysteme und demographische Herausforderungen, Tübingen, S. 1–19.

Van Hout, H., Vernooij-Dassen, M. Bakker, K., Blom., M. and Grol, R. (2000): General practitioners on dementia: tasks, practices and obstacles. Patient Education and Counseling; 39, S. 219–225.

VdAK (2004): Zahlen, Daten und Fakten zur Entwicklung der Pflegeversicherung. http://www.vdak.de/pe/vdak/presse102.htm, Stand: 26.5.2004.

Verghese, J., Lipton, R. B., Katz, M. J., Hall, C. B., Derby, C. a., Kuslansky, G., Ambrose, A. F., Sliwinski, M. and Buschke, H. (2003). Leisure Activities and the Risk of Dementia in the Elderly. New England Journal of Medicine; 348, S. 2508–2516.

Verpleegkundig Wetenschappelijke Raad (1994): Central Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing. Consensus verpleegkunde bij bijn: resultat van de tweede verpleegkundige consensusbijeenkomst, gehouden op dinsdag 7 juni 1994 te Utrecht.

Vetter, P., Steiner, O., Kraus, S. und Kropp, P. (1997): Belastung der Angehörigen und Inanspruchnahme von Hilfen bei Alzheimerscher Krankheit. Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie; 10, S 175–183.

Wagner, A. und Lürken, L. (2000): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes, Berichtszeitraum 1998, Essen.

Wallrafen-Dreisow, H und Dettbarn-Reggentin, J. (2003): Ein Milieu, das anregt und beruhigt. Begleitstudie des Modellprojektes „Wohngruppen demenziell Erkrankter“ im Städtischen Altenpflegeheim Mönchengladbach-Lürrip. Die Schwester – Der Pfleger; 42, S. 920–922.

Waxmann, H., Astrom, S., Norberg, A. and Winblad, B. (1988): Conflicting Attitudes toward euthanasia for severely demented patients of health care professionals in Sweden. Journal of the American Geriatric Society; 36, S. 397–401.

Weidner, F., Isfort, M., Messner, T. und Zinn, W. (2003): Pflege-Thermometer 2003. Frühjahrsbefragung zur Lage und Entwicklung des Personalwesen in der stationären Altenhilfe in Deutschland, Köln.

Welsh, K. A., Butters, N., Mohs, R. C., Beekly, D., Edland, S., Fillenbaum, G. and Heyman, A. (1994): The consortium to establish a registry for Alzheimer's Disease (CERAD). Part V. A normative study of the neuropsychological battery. Neurology; 44, S. 609–614.

Wetterling, T. (1998): Vaskuläre Demenz – ein schlüssiges Konzept? Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie; 31. S. 36–44.

WHO (2000): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Dilling, H., Mombour, W. und Schmidt, M.H. (Hrsg.). Bern.

Wille, E., Neubauer, G., Erbsland, M. und Frohwitter, I. (1999): Finanzwirtschaftliche und strukturelle Entwicklungen in der Pflegeversicherung vor dem Hintergrund des demographischen Wandels bis zum Jahr 2040. Expertise für die Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ des Deutschen Bundestages, in: Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ Deutscher Bundestag (Hrsg.), Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik, Bd. III, Heidelberg, S. 631–755.

Wimmer, T. und Fischer, G. C. (2002). Möglichkeiten und Grenzen der hausärztlichen Betreuung an Demenz Erkrankter unter besonderer Berücksichtigung der Hochbetagten, in: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Hochaltrigkeit und Demenz als Herausforderung an die Gesundheits- und Pflegeversorgung. Band III. Hannover, S. 57–180.

Wingenfeld, K (2003): Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege. P03-124. Bielefeld.

Winter, M. H.-J. (2004): Qualifikationsprofile und -anforderungen im Rahmen der professionellen pflegerischen Versorgung von demenziell Erkrankten, in: Demenz als Versorgungsproblem. Jahrbuch für Kritische Medizin; 40, S. 120–134.

Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (1990): Stellungnahme zur Finanzierung der Pflegekosten, Bonn.

Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (2005): Gutachten „Alterung und Familienpolitik”.

Zeman, P. (2000): Altern(n) im Sozialstaat und die Mikropolitik der Pflege. Regensburg.

6 Hilfsmittel und Heilmittel in der GKV

6.1 ‚Hilfsmittel' und ‚Heilmittel' in der gesundheitspolitischen Diskussion

683. Die Begriffe ‚Hilfsmittel' und ‚Heilmittel' werden im Sozialgesetzbuch V nicht eindeutig definiert und von anderen Medizinprodukten bzw. gesundheitsbezogenen Dienstleistungen abgegrenzt. Nach den Definitionen in den Hilfsmittel- bzw. den Heilmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses handelt es sich bei Hilfsmitteln um ‚sächliche medizinische Leistungen' und damit um Medizinprodukte, bei Heilmitteln dagegen um ‚persönlich zu erbringende medizinische Leistungen'. Hilfsmittel und Heilmittel werden, obwohl es sich um verschiedenartige Versorgungssegmente handelt, regelmäßig zu dem Sammelbegriff ‚Heil- und Hilfsmittel' und z. T. zu ‚Arznei-, Heil- und Hilfsmittel' verdichtet, ohne dass dieser begrifflichen Zusammenfassung ein bestimmtes versorgungspolitisches Konzept zugrunde liegt. Eine Gemeinsamkeit dieser Versorgungssegmente besteht allerdings in der Notwendigkeit der Verordnung durch einen Vertragsarzt, soweit die Versorgung nicht im stationären Rahmen erfolgt. Die Datenlage zu den Versorgungssegmenten ‚Hilfsmittel' und ‚Heilmittel' ist insbesondere im Vergleich zur Arzneimittelversorgung noch unbefriedigend. Vor allem der Markt für Hilfsmittel gilt u. a. aufgrund einer hohen Zahl völlig unterschiedlicher Produkte bereits seit längerer Zeit als intransparent (vgl. Neumann, Th. 1994).

684. Produkte, die konzeptionell für die besonderen Bedürfnisse kranker oder behinderter Menschen entwickelt und hergestellt werden und die ausschließlich oder überwiegend von diesen Personen genutzt werden, können Hilfsmittel im Sinne der GKV sein (IKK 2003). Eine Präzisierung des Begriffs kann auch im Wege einer negativen Abgrenzung vorgenommen werden. Danach ist ein Medizinprodukt u. a. dann kein Hilfsmittel und deshalb nicht im Rahmen der Hilfsmittelversorgung zu finanzieren, wenn es sich um

- Krankenhaus- oder Praxisausstattung,
- ein in vertragsärztlichen Praxen oder stationären Einrichtungen eingesetztes technisches Produkt,
- ein Verbandmittel oder
- einen Gebrauchsgegenstand, auch wenn dieser im Sanitätsfachhandel oder in Apotheken vertrieben wird,

handelt. In diesen Fällen ist die Aufnahme des Produkts bzw. der Leistung in das Hilfsmittel- bzw. Pflegehilfsmittelverzeichnis nicht möglich (IKK 2003). Eine Abgrenzung kann im Einzelfall aber schwierig sein, z. B. bei ‚Hilfsmitteln mit Gebrauchsgegenstandsanteil' wie orthopädischen Schuhen.

685. Das Angebot an Hilfsmitteln ist ein Bestandteil des Marktes für Medizinprodukte (vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, SG 1997, Band II, Ziffer 381ff). Der Rechtsrahmen für Medizinprodukte wird u. a. durch Richtlinien auf europäischer Ebene über Medizinprodukte (1993), implantierbare medizinische Geräte (1990) und In-vitro-Diagnostika (1998) vorgegeben. Bei Medizinprodukten handelt es sich nach der europäischen Richtlinie über Medizinprodukte und nach einer entsprechenden Definition im Medizinproduktegesetz (MPG) um Instrumente, Apparate, Vorrichtungen, Stoffe und andere Gegenstände einschließlich eingesetzter Software, die einer Anwendung am Menschen und dabei der

- Erkennung, Verhütung, Überwachung oder Behandlung von Krankheiten,
- Erkennung, Überwachung, Behandlung, Linderung oder Kompensation von Verletzungen oder Behinderungen,
- Untersuchung, Ersetzung oder Veränderung des anatomischen Aufbaus oder eines physiologischen Vorgangs oder der
- Empfängnisregelung

dienen. Ihre bestimmungsgemäße Hauptwirkung wird weder durch pharmakologische oder immunologische Mittel noch metabolisch erreicht, wobei die Wirkung von Medizinprodukten allerdings durch die letztgenannten Mittel unterstützt werden kann (Art. 1, Richtlinie 93/42/EWG vom 14. Juni 1993). Diese Definition ermöglicht eine Abgrenzung der Medizinprodukte von Pharmazeutika. Zum Angebot an Medizinprodukten zählen außer den Hilfsmitteln u. a. Verbandmittel, implantierbare medizinische Geräte wie Herzschrittmacher, Dentalprodukte, elektromedizinische Geräte, z. B. Beatmungsgeräte, medizintechnische Geräte und Produkte (Operationsbesteck, Spritzen) sowie In-vitro-Diagnostika (Knappe, E. et al. 2000).

Als Klassifikationen für Medizinprodukte stehen das derzeit in Deutschland eingesetzte *Universal Medical Device Nomenclature System* (UMDNS) sowie die im Auftrag der Europäischen Kommission entwickelte *Global Medical Device Nomenclature* (GMDN) zur Verfügung. Die letztgenannte Nomenklatur soll das UMDNS langfristig ersetzen (DIMDI 2004). Hilfsmittel im Sinne der GKV können dabei in mehrere Kategorien der GMDN, z. B. ophthalmologische und optische Produkte, Produkte für den Einmalgebrauch und technische Hilfsmittel für behinderte Personen fallen (vgl. GMDN 2002). Für Zwecke der GKV werden Hilfsmittel durch ein Hilfsmittelverzeichnis von anderen Medizinprodukten abgegrenzt.

686. Heilmittel im Sinne des SGB V sind personalintensive therapeutische, i. d. R. nicht von Ärzten erbrachte Dienstleistungen.[135] Einige Heilmittel wie Massagen und medizinische Bäder gehören zu den ältesten Behandlungsmaßnahmen der Medizin. In der Gesundheitspolitik wurde dieser Leistungsbereich jedoch lange vernachlässigt (Saekel, R. 1997). Die mit dem auf dem ‚Lahnstein-Kompromiss' aufbauenden Gesundheits-Strukturgesetz (GSG) im Jahr 1993 eingeführte sektorale Budgetierung ersteckte sich aber auch auf den Heilmittelbereich. Durch das Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz (ABAG) wurden die Heilmittelbudgets Ende 2001 wieder abgeschafft und durch Heilmittelvereinbarungen (§ 84 Abs. 8 SGB V) ersetzt. Steigende Ausgaben in den Jahren 2002 und 2003 gaben zu einer Neufassung der Heilmittel-Richtlinien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss Anlass. Die neuen Richtlinien traten am 1. Juli 2004 in Kraft.

687. Eine Darstellung der Anteile einzelner Behandlungsarten an den Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) über den Zeitraum 1970 bis 2003 zeigt, dass vor allem zwei Ausgabenbereiche über einen Zeitraum von drei Jahrzehnten hin überdurchschnittliche Steigerungsraten aufweisen (Abbildung 26). Dabei handelt es sich zum einen um die stationäre Versorgung, zum anderen um die Heil- und Hilfsmittelversorgung, die bisher kaum im Zentrum gesundheitspolitischer Initiativen stand.

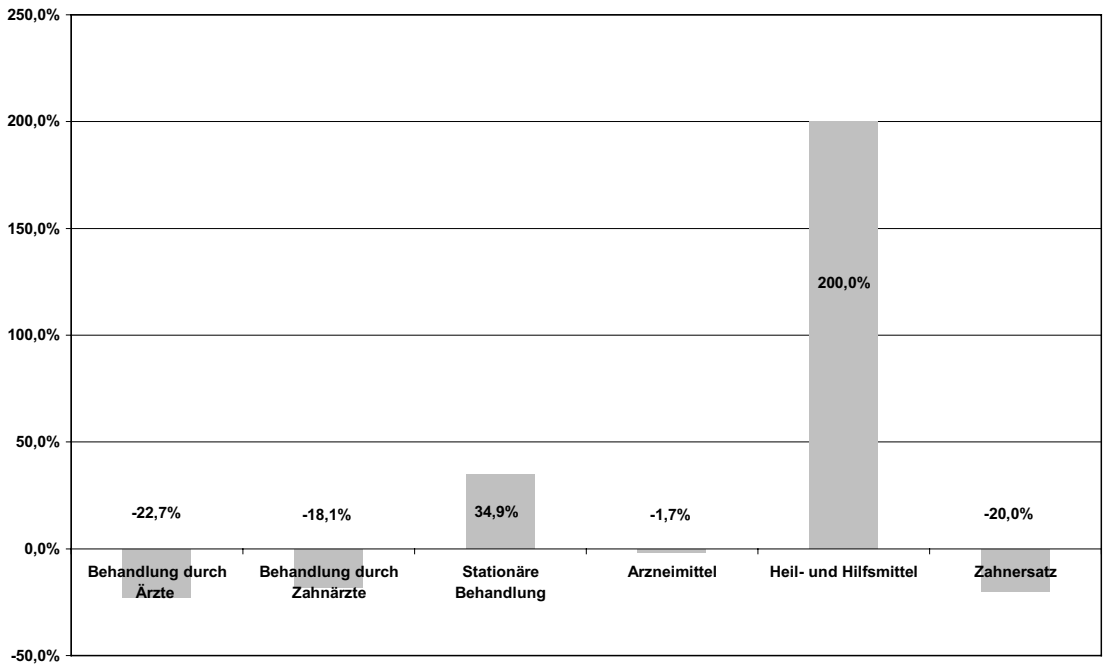
Der Ausgabenanteil der Hilfsmittel und Heilmittel stieg in den alten Bundesländern von 2,8 % im Jahr 1970 auf 8,4 % im Jahr 2003 (unter Einschluss der Dialyse) und damit um 200 %. Keine andere Behandlungsart weist innerhalb dieses Zeitraums von rund drei Jahrzehnten ein vergleichbar hohes Wachstum des Ausgabenanteils auf. Die hohe Wachstumsrate resultiert allerdings auch aus der Bezugnahme auf einen niedrigen Ausgangswert im Jahr 1970. Erweitert man die Betrachtung auf ganz Deutschland, so ergibt sich eine Steigerung des Ausgabenanteils der Hilfsmittel und Heilmittel von 5,4 % im Jahr 1991 auf 7,7 % im Jahr 2003 und damit um 42,6 %, während sich der Ausgabenanteil der Arzneimittelversorgung in diesem kürzeren Zeitraum um 7,9 % und der Anteil der stationären Versorgung lediglich um 2,1 % erhöhte.

In einer nach der finanziellen Bedeutung für die GKV geordneten Rangfolge von Leistungsarten (ohne Krankengeld) stehen Hilfsmittel mit Ausgaben in Höhe von 5,4 Mrd. € im Jahr 2003 an fünfter Position vor den Heilmitteln mit Ausgaben in Höhe von 3,9 Mrd. € im Jahr 2003 (BMGS 2005b).

[135] Der Begriff des ‚Heilmittels' wird nicht einheitlich verwendet. So fokussieren das ‚Gesetz über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens' (nichtamtliche Überschrift: ‚Heilmittelwerbegesetz') in Deutschland und das ‚Heilmittelgesetz' (HMG; Langtitel: ‚Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte') in der Schweiz auf Arzneimittel und Medizinprodukte und nicht auf ‚Heilmittel' im Sinne des SGB V.

Abbildung 26

Entwicklung des Ausgabenanteils nach Behandlungsart in der GKV 1970–2003 (alte Bundesländer)



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Tabelle 76 (Kapitel 7)

688. Die Bedeutung eines Versorgungssegments für die Gesundheitspolitik ergibt sich nicht allein aus seiner Ausgabenwirksamkeit in der GKV oder aus Effizienzreserven, die durch geeignete Steuerungsmechanismen zu erschließen sind. Aus der Perspektive des Nutzers von Gesundheitsgütern und -dienstleistungen leitet sich deren Bedeutung in erster Linie aus ihrem Beitrag zur Bewältigung von Krankheit bzw. Behinderung ab. Da Hilfs- und Heilmittel einen wichtigen Beitrag zur Rehabilitation und Partizipation von behinderten Menschen leisten (vgl. Deutscher Bundestag 2004) und deren Zahl aufgrund der demographischen und epidemiologischen Entwicklung voraussichtlich noch steigen wird, ist mit einer wachsenden Nachfrage in diesen Versorgungssegmenten zu rechnen. Neue technologische Entwicklungen, die den Nutzen von Hilfsmitteln für Versicherte verbessern, und die Bedeutung von Hilfs- und Heilmittelanbietern für die Gesundheitswirtschaft tragen ebenfalls zum Stellenwert dieser Medizinprodukte bzw. Dienstleistungen bei.

689. Die Versorgung mit Hilfsmitteln und Heilmitteln wird in der GKV außer durch gesetzliche Regelungen im SGB V, die z. T. durch das Anfang 2004 in Kraft getretene ‚Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung' (GMG) modifiziert wurden, und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses auch durch Produktverzeichnisse bzw. Leistungskataloge wie das Hilfsmittelverzeichnis und den Heilmittelkatalog sowie durch die Vertragspolitik der einzelnen Krankenkassen und ihrer Verbände beeinflusst.

690. Der Rat befasste sich bereits in seinem Sondergutachten 1995 (Ziffern 419ff. und 434) mit Fragen der Hilfs- und Heilmittelversorgung. Aus der erneuten Analyse dieser Versorgungsbereiche werden Vorschläge zur Gesundheitsberichterstattung und Information von Versicherten und Akteuren, zur Qualitätssicherung, zur Vertragspolitik der Krankenkassen und für die Gesundheitsforschung abgeleitet (Abschnitt 6.4).

6.2 Versorgung mit Hilfsmitteln in der GKV

6.2.1 Regulierung des Hilfsmittelmarktes

Hilfsmittel im Leistungskatalog der GKV

691. Ein Anspruch des Versicherten auf die Versorgung mit Hilfsmitteln lässt sich aus dem Anspruch auf Leistungen „zur medizinischen Rehabilitation sowie auf … andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern" (§ 11 Abs. 2 Satz 1 SGB V) ableiten. Dabei sollen Leistungen unter Beachtung des SGB IX erbracht werden (§ 11 Abs. 2 SGB V).

692. Explizite Regeln zur Hilfsmittelversorgung finden sich in § 33 SGB V. Der Begriff des ‚Hilfsmittels' wird zwar nicht definiert, beispielhaft genannt werden aber Hörhilfen, Körperersatzstücke und orthopädische Hilfsmittel. Versicherte haben auch Anspruch auf andere Hilfsmittel, „die geeignet sind, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen" oder nach § 34 SGB V aus dem GKV-Leistungskatalog ausgeschlossen sind. Der Anspruch des Versicherten umfasst die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung und die Ausbildung im Gebrauch eines Hilfsmittels. Der Anspruch auf Sehhilfen wurde durch Neufassung von § 33 SGB V durch das GMG relativ detailliert geregelt.[136]

Nach § 34 Abs. 4 SGB V kann das BMGS durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Hilfsmittel von geringem oder umstrittenem therapeutischem Nutzen oder geringem Abgabepreis bestimmen, deren Kosten die Krankenkasse nicht übernimmt. Darüber hinaus können Hilfsmittel durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 SGB V ausgeschlossen werden.

693. Die Spitzenverbände der Krankenkassen erstellen ein Hilfsmittelverzeichnis (§ 128 SGB V). Vor der Erstellung bzw. Fortschreibung ist den betroffenen Leistungserbringern und Hilfsmittelherstellern Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Das Hilfsmittelverzeichnis beschränkt nicht den Anspruch der Versicherten auf bestimmte, im Verzeichnis aufgelistete Hilfsmittel. Es hat demnach nicht den Charakter einer Positivliste. Vielmehr handelt es sich nach der Auffassung des Bundessozialgerichts (BSG) um eine unverbindliche Auslegungshilfe für Gerichte (Zuck, R. 2003). Das BSG verpflichtete zwar die Spitzenverbände der Krankenkassen dazu, ein förmliches Verwaltungsverfahren (Verwaltungsakt, Widerspruch, Klage) einzuführen, doch leitet sich daraus keine Bindungswirkung im Sinne der Ausschließlichkeit des Verzeichnisses ab; vielmehr kommt ihm eine ‚deklaratorische' Bedeutung zu (Spitzenverbände der Krankenkassen 2002).

694. Im Hinblick auf die Preise bzw. die Kostenübernahme für Hilfsmittel ermöglicht das SGB V mit bundesweiten Festbeträgen (§ 36 SGB V), Verträgen auf GKV-Landesverbandsebene (§ 127 Abs. 1 SGB V) und Verträgen auf der Ebene von Krankenkassen (§ 127 Abs. 2 SGB V) unterschiedliche Vorgehensweisen. Nach § 33 Abs. 2 SGB V trägt die Krankenkasse die Kosten für Hilfsmittel bis zur Höhe des Festbetrags, falls ein solcher festgesetzt wurde; in allen übrigen Fällen richtet sich die Kostenübernahme nach den vertraglich vereinbarten Preisen. Eine Differenz zwischen dem Festbetrag bzw. dem sich nach § 127 SGB V ergebenden Preis und dem ggf. höheren Preis eines Hilfsmittelanbieters trägt der Versicherte.

Festbeträge für Hilfsmittel

695. Verfahrensanweisungen zur Festsetzung von Festbeträgen für Hilfsmittel enthält § 36 SGB V. Die Spitzenverbände bestimmen gemeinsam und einheitlich Hilfsmittel, für die Festbeträge festgesetzt werden. In ihrer Funktion gleichartige und gleichwertige Mittel werden in Gruppen zusammengefasst. Den Verbänden der betroffenen Leistungserbringer ist vor der Entscheidung eine Ge-

[136] § 33 SGB V begrenzt nach seiner Neufassung durch das GMG den Leistungsanspruch bei der Versorgung mit Sehhilfen ab dem 1. Januar 2004 auf Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sowie auf schwer sehbeeinträchtigte Versicherte.

legenheit zur Stellungnahme zu geben (§ 36 Abs. 1 SGB V).

Vorgaben des SGB V für die Ermittlung von Festbeträgen für Arznei- und Verbandmittel in § 35 Abs. 5 und 7 gelten analog auch für Hilfsmittel (§ 36 Abs. 3 SGB V). Die Festbeträge für Hilfsmittel sind demnach so festzusetzen, dass sie

- im Allgemeinen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleisten,
- dazu beitragen, Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen und
- einen wirksamen Preiswettbewerb auslösen; zu diesem Zweck sollen sie sich an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten ausrichten.

Weiterhin sind Festbeträge für Hilfsmittel

- mindestens einmal jährlich zu überprüfen und
- in geeigneten Zeitabständen an eine geänderte Marktlage anzupassen.

696. Festbeträge für Hilfsmittel wurden seit ihrer Einführung durch das Gesundheits-Reformgesetz 1988 für Seh- und Hörhilfen und in einzelnen Bundesländern auch für Mittel gegen Dekubitus, für Einlagen, Inkontinenzhilfen und Stoma-Artikel festgesetzt. Die Höhe der Festbeträge führte mitunter zu erheblichen Zuzahlungen der Versicherten. Diese Belastung von Versicherten rief Kritik am Leistungsspektrum der GKV hervor. Dabei wurde die Frage aufgeworfen, ob das Sachleistungsprinzip in der Hilfsmittelversorgung de facto noch Gültigkeit habe. Auf Seiten der GKV wurde auch die Frage in den Raum gestellt, ob Festbeträge das Ziel, den Versicherten eine qualitätsgesicherte Versorgung mit Hilfsmitteln zu angemessenen Preisen und möglichst zuzahlungsfrei zu gewähren, tatsächlich unterstützen (VdAK 2003).

Die Festlegung von Festbeträgen ist im Hilfsmittelbereich mit einigen spezifischen Problemen verbunden:

- Regionalen Besonderheiten in der Produktion bzw. Bereitstellung von Hilfsmitteln kann theoretisch Rechnung getragen werden, indem Festbeträge auf der regionalen oder auf der Landesebene festgelegt werden. Unterschiede in der Erstattungshöhe zwischen Ländern oder Regionen bedeuten allerdings, dass Versicherte u. U. trotz bundesweit einheitlicher Beitragssätze ihrer Krankenkasse in Abhängigkeit vom Wohnort bei gleichem Produktpreis unterschiedlich hohe ‚Aufzahlungen' leisten.
- Die Höhe von Festbeträgen orientierte sich in den vergangenen Jahren mitunter an den günstigsten Anbietern einer Produktgruppe bis hin zu einem „Wettbewerb um die Festsetzung der niedrigsten Festbeträge zwischen den Ländern" (VdAK 2003), ohne unterschiedlichen regionalen und betriebswirtschaftlichen Gegebenheiten hinreichend Rechnung zu tragen. Ein Spitzenverband der GKV befürchtete vor dem Hintergrund z. T. niedriger Festbeträge Ausgabensteigerungen bei der Festsetzung ‚sachgerechter' Festbeträge (VdAK 2003). Zu klären ist, auf welche Weise und auf welcher Datenbasis bundesweite Festbeträge errechnet und in den Folgejahren überprüft und angepasst werden.
- Da Hilfsmittel, anders als Arzneimittel, z. T. an die individuellen Fähigkeiten und Lebensumstände von Versicherten angepasst werden müssen, decken ihre Preise außer dem Produkt im engeren Sinne auch versichertenbezogene Dienstleistungen ab, die nur in begrenztem Umfang zu standardisieren sind. In dieser Situation wird es Anbietern möglich sein, auf niedrig festgelegte Erstattungsobergrenzen mit einer Qualitätsminderung zu reagieren, sofern sich eine zusätzliche private Finanzierung nicht in der erforderlichen bzw. gewünschten Höhe durchsetzen lässt. Allerdings könnte eine breite Akzeptanz hoher privater Finanzierungsanteile auch Anreize zu einer Leistungsausweitung bzw. zur Überversorgung setzen.
- Festbeträge können zwar auf Produktbeschreibungen bzw. Qualitätsstandards im Hilfsmittelverzeichnis Bezug nehmen, doch ist ihre Abrechnung nicht unbedingt an Bestimmungen zur Erbringung individueller Dienstleistungen gebunden. Insofern bieten ‚Versorgungspauschalen', die auch die Beratung und regelmäßige Betreuung von Versicherten sowie die Anpassung eines Hilfsmittels und ggf. seine Instandsetzung oder Ersatzbeschaffung über einen definierten Zeitraum hinweg regeln, u. U. mehr Spielräume zur Qualitäts- und Preisgestaltung und zur Gewährleistung von ‚Wirtschaftlichkeit' in der GKV als das Instrument des Festbetrags (vgl. Neumann, Th. 1999).

Seit Januar 2005 gelten bundesweite Festbeträge für die Produktbereiche Einlagen, Hörhilfen, Hilfsmittel zur Kompressionstherapie, Inkontinenzhilfen, Sehhilfen und Stomaartikel (BMGS 2005a; Bode, C. u. Maßing, E. 2005). Auswirkungen von Festbeträgen auf die Versorgung sollten aufgrund der Heterogenität der Produkte und regionaler Unterschiede im Vergleich zu alternativen Instrumenten, z. B. Versorgungspauschalen, bewertet werden.

Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Hilfsmittelanbietern

697. Leistungen der Krankenkassen für ihre Versicherten sind an die Grundsätze der Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit (§ 70 SGB V) gebunden. Die Versorgung soll bedarfsgerecht und gleichmäßig sein und dem jeweiligen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Die in der Hilfsmittelversorgung eingesetzten Steuerungsmechanismen wie z. B. Verträge mit Leistungsanbietern sind im Hinblick auf diese Zielsetzung zu beurteilen.

698. Wenn keine Festbeträge festgelegt wurden, werden nach § 127 Abs. 1 SGB V Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln, ihr Wiedereinsatz, ihre Preise und ihre Abrechnung in Verträgen zwischen Verbänden der Anbieter und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen mit Wirkung für die Mitgliedskassen geregelt.

Außer den Verbänden der GKV kann auch eine einzelne Krankenkasse Verträge mit Anbietern abschließen, deren Konditionen von den durch die Verbände der Krankenkassen geschlossenen Verträgen abweichen. Das Ziel dieser Regelung ist eine Stärkung des Vertragsprinzips auf der Ebene der Krankenkassen. § 127 Abs. 2 SGB V sieht vor, dass Krankenkassen über eine öffentliche Ausschreibung bei gleicher Qualität niedrigere Preise vereinbaren können. Der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln beschränkt sich nach Auffassung der Krankenkassen in diesem Fall auf die Vertragspartner der jeweiligen Krankenkasse (Spitzenverbände der Krankenkassen 2003b). Die Kostenübernahme einer Krankenkasse, die unterhalb der Landesverbandsebene Verträge mit einzelnen Anbietern geschlossen hat, wurde auf den Durchschnittspreis des unteren Preisdrittels begrenzt.

Insbesondere bei Produkten, die eine individuelle Beratung, Anpassung und Wartung erfordern, können sich regionale Unterschiede sowohl in der Anbieterdichte als auch in der Qualität der Versorgung und im Preis ergeben. Ein mögliches Problem besteht deshalb in der Abgrenzung von Regionen und in der Definition von Qualitätsstandards, auf die sich das untere Preisdrittel bezieht und für die der Durchschnittspreis ermittelt wird. Bei homogenen Produkten bzw. bei Produkten, die über einen Versandhandel bezogen werden können, wird sich dieses Problem aber voraussichtlich nicht stellen.

Die Krankenkassen wurden durch das GMG verpflichtet, ihre Versicherten und die Hilfsmittelanbieter über die Durchschnittspreise des unteren Preisdrittels der vertraglich vereinbarten Preise zu informieren (§ 127 Abs 3 SGB V).[137] Sie können ihre Versicherten darüber hinaus über Leistungsanbieter informieren, deren Preise den Durchschnittspreis nicht übersteigen.

699. Zusätzlich zu der Differenz zwischen dem Abgabepreis des Hilfsmittels und dem Betrag, den die Krankenkasse nach einer Festbetragsregelung oder aufgrund von Verträgen mit Hilfsmittelanbietern übernimmt, hat der Versicherte eine Zuzahlung zu entrichten. Die Zuzahlungsregelungen wurden durch das GMG neu gefasst. Eingeführt wurde die Regelung, dass Versicherte nach Vollendung des 18. Lebensjahres zu jedem Hilfsmittel, das zu Lasten der GKV verordnet wird, 10 % des Abgabepreises, dabei mindestens € 5 und höchstens € 10 als Zuzahlung entrichten (§ 61 SGB V). Die Zuzahlung bei Hilfsmitteln, die zum Verbrauch bestimmt sind, beträgt 10 % je Packung, maximal € 10 für den Monatsbedarf je Indikation (§ 33 Abs. 2 SGB V).

6.2.2 Hilfsmittelverzeichnis und -richtlinien

Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelverzeichnis

700. Die Spitzenverbände der Krankenkassen sind beauftragt, ‚gemeinsam und einheitlich' Qualitätsstandards für Hilfsmittel zu entwickeln, die im Hilfsmittelverzeichnis veröffentlicht werden (§ 139 SGB V). Über die Aufnahme von Produkten in das Verzeichnis entscheiden die Spitzenverbände ebenfalls ‚gemeinsam und einheitlich', nachdem der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) die Voraussetzungen geprüft hat. Die Federführung obliegt dem IKK-Bundesverband. Er ist zugleich der Ansprechpartner für Hersteller von Hilfsmitteln im Antragsverfahren (IKK-Bundesverband 2003).

701. Das Hilfsmittelverzeichnis (HMV) dient den Belangen der GKV und wird durch ein Pflegehilfsmittelverzeichnis (PHMV) für die soziale Pflegeversicherung (SPV) ergänzt (§ 78 SGB XI). Das HMV mit ca. 15 000 Produkten ist in 33, das PHMV in sechs Produktgruppen gegliedert (Tabelle 66).

[137] Als eine Möglichkeit, dieser Informationsverpflichtung nachzukommen, wird in der Begründung zum GMG die Publikation der Preise in den Mitgliederzeitungen der Krankenkassen genannt. Nach einer Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen (2003b) kann sich die Information „auf die allgemeine Aussage beschränken, dass die Leistungspflicht der Krankenkassen für Hilfsmittel begrenzt ist und die Einzelheiten dazu bei der jeweiligen Krankenkasse im konkreten Versorgungsfall nachgefragt werden können." Eine Preisinformation lediglich bei Bedarf und im Einzelfall erhöht die Transparenz der Hilfsmittelversorgung nicht wesentlich. Gerade die Unübersichtlichkeit des Hilfsmittelmarktes ermöglicht unangemessene Preise (vgl. Bühring, P. 2001) und erschwert Versicherten die Mitentscheidung über die Eignung eines Hilfsmittels.

Tabelle 66

Produktgruppen im Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelverzeichnis

Nr.	Bezeichnung der Produktgruppe	Produktbeispiele
01	Absauggeräte	Sekret-Absauggeräte zur Reinigung der oberen und unteren Luftwege, Milchpumpen
02	Adaptionshilfen	Hilfen im häuslichen Bereich (Ess- und Trinkhilfen, rutschfeste Unterlagen, Halterungen/Greifhilfen), Hilfen zum Lesen und Schreiben (Kopf- und Fußschreibhilfen, spezielle Tastaturadaptionen), Bedienungssensoren für elektrische Geräte, Umfeldkontrollgeräte
03	Applikationshilfen	Spritzen, Infusionspumpen und Zubehör, Insulinpumpen
04	Badehilfen	Badewannenlifter und -sitze, Sicherheitsgriffe

n o c h Tabelle 66

Nr.	Bezeichnung der Produktgruppe	Produktbeispiele
05	Bandagen	Funktionssicherungs-, Stabilisierungsbandagen
06	Bestrahlungsgeräte	UV-Teilkörperbestrahlungsgeräte (z. B. bei Psoriasis)
07	Blindenhilfsmittel	Blindenlang- (Tast-) Stöcke, Geräte zur Schriftumwandlung (Lesegeräte)
08	Einlagen	Schaleneinlagen, Fersenschalen
09	Elektrostimulationsgeräte	Muskelstimulations-, Schmerztherapiegeräte
10	Gehhilfen	Hand- und Gehstöcke, Unterarmgehstützen, fahrbare Gehhilfen
11	Hilfsmittel gegen Dekubitus	Liegehilfen, Luftkissen
12	Hilfsmittel bei Tracheostoma	Trachealkanülen, Atemluftbefeuchter
13	Hörhilfen	‚Hinter dem Ohr'-Geräte, ‚Im Ohr'-Geräte
14	Inhalations- und Atemtherapiegeräte	Aerosol-Inhalationsgeräte bei chronischen Lungenerkrankungen
15	Inkontinenzhilfen	Katheter, Netzhosen
16	Kommunikationshilfen	behinderungsgerechte Hardware und Software, Signalanlagen für Gehörlose
17	Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	Div. Kompressionsstrümpfe
18	Krankenfahrzeuge	Schiebe-, Elektrorollstühle
19	Krankenpflegeartikel	Behindertengerechte Betten, Einmalhandschuhe
20	Lagerungshilfen	Lagerungsschalen für Extremitäten
21	Meßgeräte für Körperzustände/-funktionen	Spirometer zur ‚Peak-Flow'-Bestimmung, SIDS-Monitore, Blutdruck-Messgeräte, Überwachungsgeräte für Epilepsiekranke
22	Mobilitätshilfen	Lifter, Umsetz- und Hebehilfen
23	Orthesen	zur Zeit nicht besetzt
24	Prothesen	zur Zeit nicht besetzt
25	Sehhilfen	Brillengläser, Kontaktlinsen, Bildschirmlesegeräte
26	Sitzhilfen	Sitzschalen, behindertengerechte Autokindersitze
27	Sprechhilfen	Sprachverstärker
28	Stehhilfen	Stehständer zur Gelenkstabilisierung zur Durchführung von Steh- und Bewegungsübungen
29	Stomaartikel	Anus Praeter-Bandagen, spezielle Pflegemittel
30	Schienen	zur Zeit nicht besetzt
31	Schuhe	Orthopädische Maßschuhe
32	Therapeutische Bewegungsgeräte	Gymnastikbälle, Kniebewegungsschienen, Arm- und Beinkombinationstrainer bei Lähmungen
33	Toilettenhilfen	Sitze, Stützgestelle
50	Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege	Pflegebetten, spezielle Nachtschränke

noch Tabelle 66

Nr.	Bezeichnung der Produktgruppe	Produktbeispiele
51	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/ Hygiene	Kopf-, Ganzkörperwaschsysteme
52	Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung/Mobilität	Hausnotrufsysteme
53	Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden	Lagerungsrollen
54	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Desinfektionsmittel, Einmalhandschuhe
98	Sonstige Pflegehilfsmittel	zur Zeit nicht besetzt
99	Verschiedenes	Blindenführhunde, Kopfschutzbandagen und -helme z. B. für Epileptiker

Quelle: Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelverzeichnis/IKK-Bundesverband (2004)

702. Die Funktion und Bedeutung des HMV wird in § 128 SGB V durch den Verweis auf die Leistungspflicht der GKV nur im Grundsatz beschrieben. Da der verordnende Arzt aber über die Hilfsmittelrichtlinien an das HMV und überdies durch das SGB V an das Erfordernis der Qualitätssicherung, zu der das HMV beiträgt, gebunden ist, kommt der Aufnahme eines Produkts in das HMV dennoch Bedeutung für dessen Markterfolg zu (Zuck, R. 2003). Das Antragsverfahren zur Aufnahme von Produkten in das Hilfsmittelverzeichnis soll durch ein 2003 veröffentlichtes Verfahrenshandbuch der Krankenkassen (IKK 2003) beschleunigt und transparenter werden.

703. Daten zur Verordnungshäufigkeit von Produktgruppen und Produkten in der GKV liegen nicht vor. Anhaltspunkte im Hinblick auf die relative Bedeutung der einzelnen Produktgruppen ergeben sich aus einer Publikation der Gmünder Ersatzkasse (GEK 2004). Danach entfielen im Jahr 2003 die höchsten Kosten je 100 Versicherte auf die Produktgruppe Sehhilfen. Aufgrund der Neufassung von § 33 SGB V durch das GMG ist allerdings ein Rückgang in dieser Ausgabenkategorie zu erwarten. Ebenfalls hohe Ausgaben verursachten die Produktgruppen Schuhe, Bandagen, Einlagen, Krankenfahrzeuge, Hörhilfen sowie Inhalations- und Atemtherapiegeräte (Tabelle 67).

Tabelle 67

Ausgaben je 100 Versicherte für ausgewählte Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses in der GEK (2003)

Rang	Produktgruppe im Hilfsmittelverzeichnis	Kosten je 100 Versicherte in € (gerundet)
1.	Sehhilfen	916
2.	Schuhe	430
3.	Bandagen	369
4.	Einlagen	366
5.	Krankenfahrzeuge	337
6.	Hörhilfen	326
7.	Inhalations- und Atemtherapiegeräte	326
8.	Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	248
9.	Inkontinenzhilfen	196
10.	Prothesen	188

Quelle: GEK 2004, eigene Darstellung

Die Ausgaben für orthopädische Schuhe und für Einlagen sind u. a. auf Amputationen von Zehen bzw. des Vorderfußes aufgrund von Diabetes mellitus zurückzuführen (GEK 2004). Bei Krankenfahrzeugen handelt es sich im Wesentlichen um Rollstühle.

704. Geschlechtsspezifische Unterschiede traten u. a. in den Produktgruppen ‚Hilfsmittel zur Kompressionstherapie' und ‚Inhalations- und Atemtherapiegeräte' auf. Sie lassen sich durch eine höhere Prävalenz der venösen Insuffizienz bei Frauen und von Lungenkrankheiten bei Männern erklären. In der Produktgruppe ‚Prothesen' wurden Frauen mehr Leistungen verordnet als Männern, doch überstiegen die Ausgaben bei Männern diejenigen bei Frauen im Durchschnitt um das Fünffache. Männer scheinen häufiger Bein- und Armprothesen infolge von Unfällen zu erhalten (GEK 2004).

Hilfsmittelrichtlinien

705. Die Hilfsmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 92 SGB V; vgl. Bundesministerium der Justiz 2004) regeln die Verordnung von Hilfsmitteln durch Vertragsärzte. Sie enthalten neben allgemeinen Verordnungsgrundsätzen u. a. spezifische Regelungen zu Seh- und Hörhilfen.

Während das Hilfsmittelverzeichnis den Hilfsmittelmarkt nach Produktgruppen strukturiert, Qualitätsstandards für einzelne Produkte vorgibt und die Transparenz des Hilfsmittelangebots erhöht, zielen die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses auf ein angemessenes Verordnungsverhalten der Ärzte und damit auf die Interaktion zwischen Ärzten und ihren Patienten.

6.2.3 Effizienz und Effektivität der Hilfsmittelversorgung

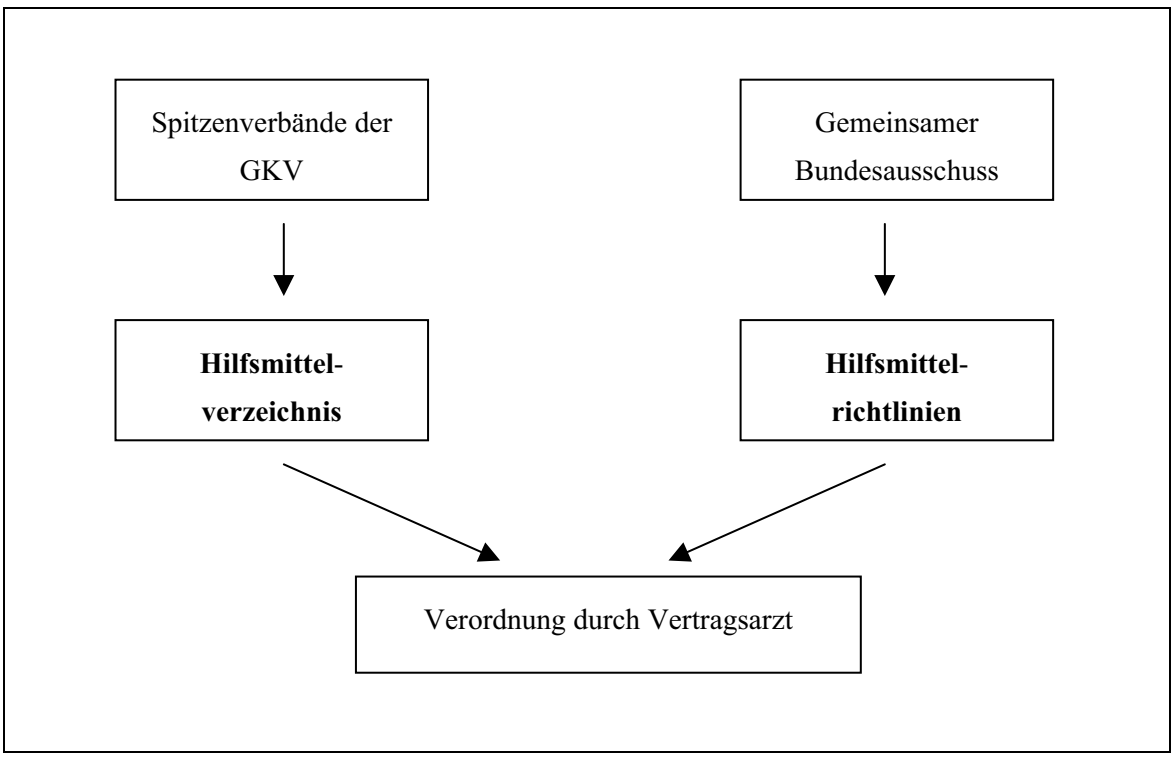
Verteilung der Hilfsmittelausgaben

706. Der Anteil an Versicherten mit Hilfsmittelverordnungen liegt bei Versicherten unter 40 Jahren unterhalb von 20 %, steigt aber bis auf mehr als 50 % bei Versicherten über 80 Jahren an. Ein derartiger Anstieg des Versichertenanteils mit ärztlicher Verordnung in höheren Altersgruppen lässt sich in der Heilmittelversorgung nicht feststellen (Abbildung 28).

Sofern sich die altersspezifische Verordnungspraxis nicht wesentlich ändert, ist vor allem in der Hilfsmittelversorgung aufgrund der demographischen Entwicklung mit steigenden Ausgaben zu rechnen. Auch aus diesem Grund stellt sich die gesundheitspolitische Aufgabe, die

Abbildung 27

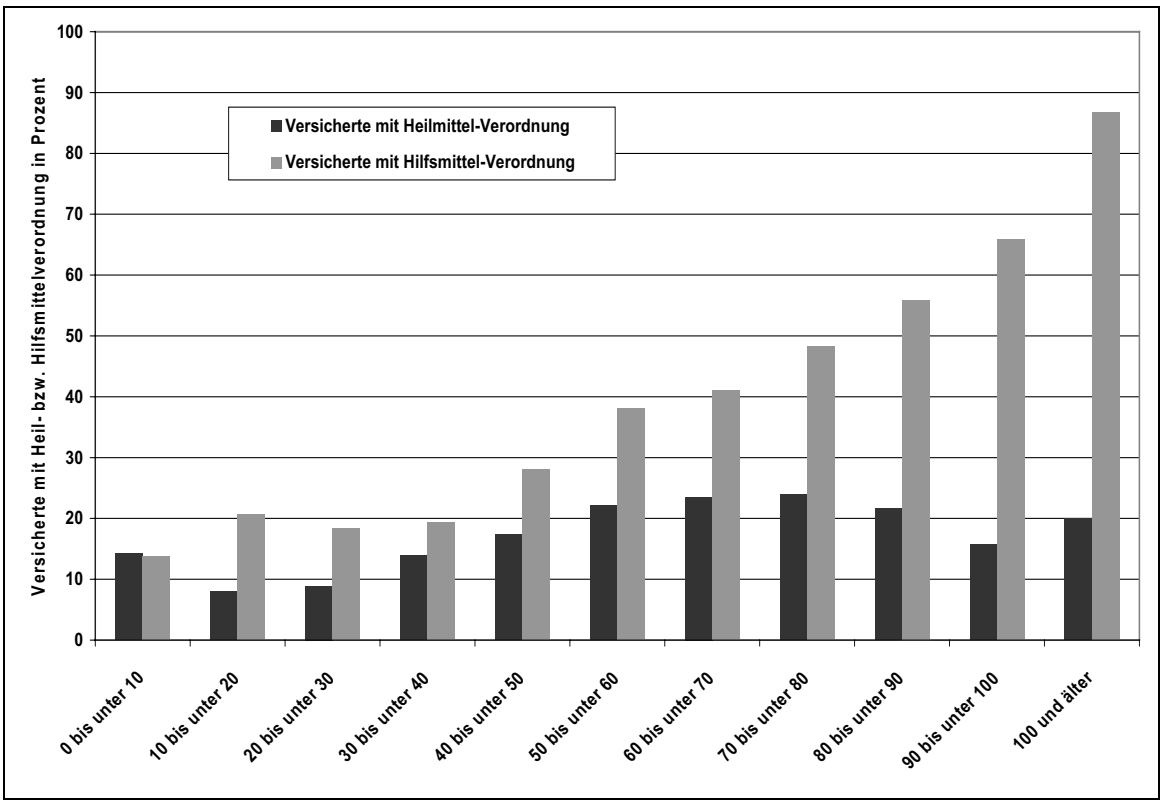
Aufgabenteilung zwischen den Spitzenverbänden der GKV und dem Gemeinsamen Bundesausschuss in der Hilfsmittelversorgung



Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 28

Anteil der Versicherten mit Hilfs- bzw. Heilmittelverordnungen nach Altersklasse (GEK-Versicherte 2003)



Quelle: GEK 2004

Wirtschaftlichkeit der Hilfsmittelversorgung zu gewährleisten und Effizienzreserven zu erschließen.

707. Eine versichertenbezogene Auswertung von Leistungsdaten der GEK deutet auf eine Konzentration der Hilfsmittelausgaben auf eine relativ kleine Versichertengruppe hin. Fünfzig Prozent der Ausgaben des Jahres 2003 entfielen auf rund 5 % der Patienten mit einer Hilfsmittelverordnung und auf lediglich 1,2 % der Versicherten (GEK 2004). Achtzig Prozent der Ausgaben entstanden nach dieser Auswertung durch die Versorgung von ca. 7 % der Versicherten und 100 % der Ausgaben für rund 25 % der Versicherten. Ein Vergleich des Segments ‚Hilfsmittel' mit der Heil- und Arzneimittelversorgung zeigt eine geringere Konzentration als im Heilmittelbereich, aber eine deutlich höhere als in der Arzneimittelversorgung (Abbildung 29).

Während Hilfsmittel nur von einem Viertel der Versicherten in Anspruch genommen wurden, werden Arzneimittel von rund 75 % der Versicherten verwendet (ohne privat finanzierte Selbstmedikation). Eine analoge Darstellung der Ausgaben für Hilfsmittel auf der Ebene einzelner Produktgruppen und damit für Teilmärkte wie z. B. Krankenfahrzeuge liegt aber nicht vor.

Hinweise auf Über-, Unter- und Fehlversorgung

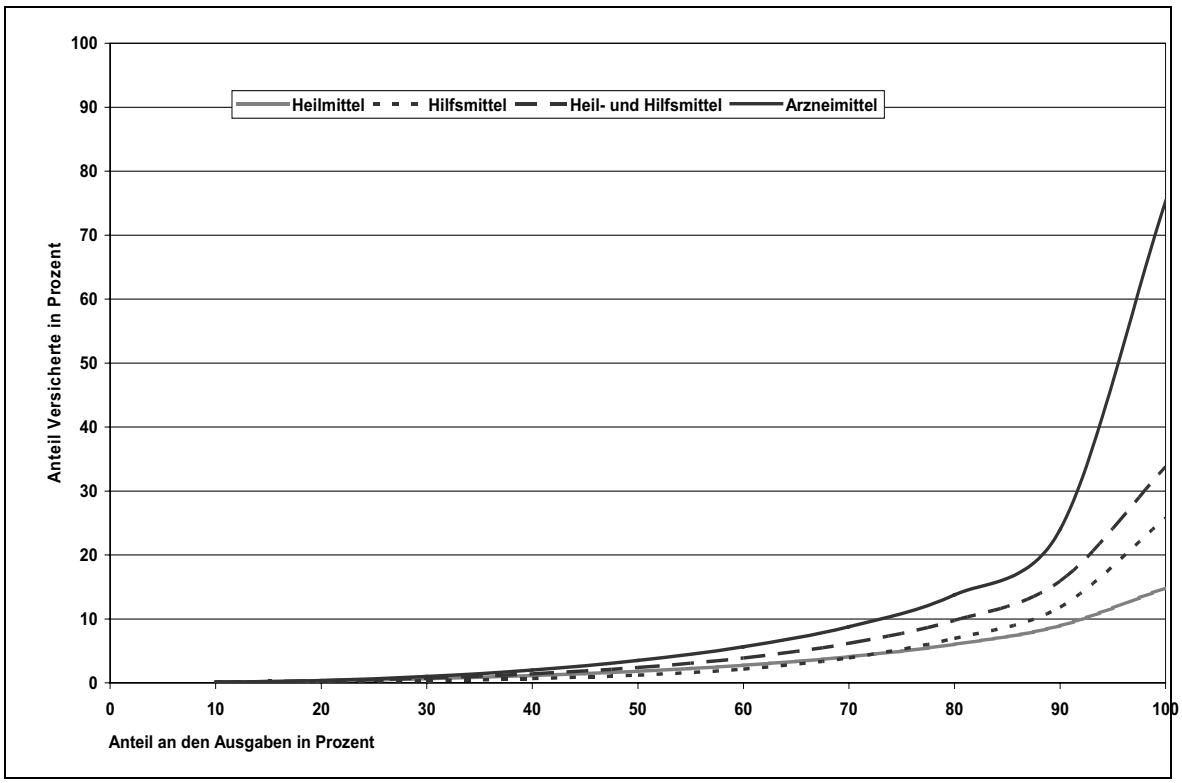
708. Eine Befragung von rund 300 Organisationen im Gesundheitswesen, darunter die Mitgliedsorganisationen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen, medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaften und Betroffenenorganisationen, durch den Sachverständigenrat erbrachte Hinweise auf Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Hilfs- und Heilmittelversorgung, die als Ausgangspunkt von Projekten zur Versorgungsforschung dienen können (vgl. Gutachten 2000/2001, Band III.1, Ziffer 60ff.)

709. Stellungnahmen der Fachgesellschaften bezogen sich vorrangig auf die ärztliche und psychologische Versorgung, weniger auf Heil- oder Hilfsmittel, so dass hierzu nur wenige Aussagen vorliegen. Bemängelt wurde eine Unterversorgung von Hörgeschädigten mit adäquaten Hilfsmitteln aufgrund hoher Zuzahlungen (Gutachten 2000/2001, Band III.1, Ziffer 136). Eine Überversorgung wurde von den Fachgesellschaften im Bereich der Hilfsmittel nicht festgestellt.

710. Organisationen von Betroffenen bzw. Verbände der Selbsthilfe bemängelten bei Ärzten eine weit verbreitete Unwissenheit im Segment der Hilfsmittel. Als Beispiele

Abbildung 29

Verteilung der Ausgaben für Hilfs-, Heil- und Arzneimittel (GEK-Versicherte 2003)



Quelle: GEK 2004

für Unter-, Über- und Fehlversorgung wurden genannt (Gutachten 2000/2001, Band III.1, Ziffer 171):

– eine unzureichende bzw. falsche Verordnung von Hilfsmitteln wie Orthesen, Gehhilfen und Rollstühlen beim Post-Poliosyndrom oder bei Skoliose,

– Fehlversorgung in Fällen, in denen unzureichende oder ungeeignete Rollstühle verordnet wurden, die den Belangen, etwa der Wohnsituation von Betroffenen, nicht entsprachen oder nicht adäquat angepasst wurden,

– Unterversorgung bei der Verordnung von Hörgeräten für Schwerhörige (es wurde empfohlen, die Festbeträge an den Grad der Schwerhörigkeit anzupassen) und

– Fehlversorgung bei Hörgeräten, wenn Patienten nach der Verordnung eines Hörgeräts nicht mit dem Gerät umzugehen wussten und es deshalb nicht verwendeten (‚Schubladengeräte'). Zur Abhilfe wurde ein ärztlich zu verordnendes Kommunikationstraining nach Erstanpassung des Hörgeräts empfohlen.

711. In Stellungnahmen der Bundesländer, der ärztlichen Körperschaften und der Verbände der Krankenkassen wurde eine geringe Transparenz des Hilfsmittelbereichs kritisiert. Es komme gleichermaßen zu Über- wie zu Fehlversorgung. Als Beispiel für eine Unterversorgung im Hilfsmittelbereich wurde die Versorgung von Diabetikern mit Blutzucker-Selbstkontrollmaterial genannt (Gutachten 2000/2001, Band III.1, Ziffer 190). Verbände der Krankenkassen nannten eine unzureichende Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärzten als eine Ursache für Über-, Unter- und Fehlversorgung mit Hilfsmitteln, z. B. mit Gehhilfen (Ziffer 211).

712. Systematische Bestandsaufnahmen zur Versorgungssituation im Hilfsmittelbereich wurden im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung bisher kaum veröffentlicht; die Hilfsmittelversorgung wurde allerdings vereinzelt z. B. im Kontext der Versorgung älterer Versicherter behandelt (Kuhlmey, A. et al. 2003). Einen ersten umfassenderen Bericht über dieses Versorgungssegment stellt der ‚GEK-Heil- und Hilfsmittelreport 2004' dar, für den Leistungsdaten der Gmünder Ersatzkasse aus dem Jahr 2003 ausgewertet wurden. Die Analysen zum Hilfsmittelbereich ergaben allerdings, dass die Intransparenz dieses Marktes „nicht nur die Qualitätskontrolle im Abrechnungswesen der Krankenkassen erschwert, sondern auch eine Gesundheitsberichterstattung zur Versorgungslage von Versicherten mit einem Bedarf an Hilfsmitteln zum jetzigen Zeitpunkt kaum zulässt." (GEK 2004, S. 119).

713. Der Rat empfahl bereits mehrfach eine Intensivierung und ausreichende finanzielle Ausstattung der Versorgungsforschung (vgl. Gutachten 2000/2001, Band III.1, Ziffer 215ff). Strategischer Forschungsbedarf besteht bei

– der Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung als Grundlage von Bedarfsanalysen und

– der Entwicklung einer Qualitätsberichterstattung, die eine Steuerung der Versorgung nicht nur über Preise, Budgets und Leistungsvolumina, sondern auch über Qualitätsindikatoren erlaubt.

Diese Aufgaben stellen sich vor dem Hintergrund des Mangels an Untersuchungen gerade auch bei Hilfsmitteln und Heilmitteln. Diese sind auch integraler Bestandteil einer rehabilitativen Versorgung von chronisch Kranken, für die in Deutschland erhebliche Defizite konstatiert wurden (Gutachten 2000/2001, Band III.1, Ziffer 347ff., 380). Seit 1998 wird die Rehabilitationsforschung vom BMBF und vom Verband der Rentenversicherungsträger (VDR) gefördert. Auch im Rahmen dieser Forschungsprojekte sollte die Effektivität von Hilfsmitteln untersucht werden. Prinzipiell stellen derartige Forschungsprojekte aufgrund ihrer Bedeutung für die Analyse und Gestaltung des Leistungsspektrums der Sozialversicherung eine Aufgabe u. a. der GKV, der Unfallversicherung (GUV), der Rentenversicherung (GRV) und ggf. weiterer Sozialversicherungsträger dar. Derartige Forschungsvorhaben sollten an Einschränkungen der Funktionsfähigkeit – an Stelle medizinischer Diagnosen – und dabei insbesondere an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) anknüpfen. Die Verwendung der ICF wird die internationale Vergleichbarkeit bzw. Verwertbarkeit von Studienergebnissen verbessern.

714. Über die Praxis der Allokation von Hilfsmitteln ist auch in anderen europäischen Ländern wenig bekannt, was u. a. auf eine dezentrale Bereitstellung dieser Produkte und auf mangelndes politisches Interesse zurückzuführen ist (Biermans, M.C.J. et al. 2004). Eine niederländische Studie zur Verordnung von Hilfsmitteln durch Hausärzte kam zu dem Ergebnis, dass die Verordnungshäufigkeit wesentlich vom Alter und Geschlecht der Patienten beeinflusst wird: Die Wahrscheinlichkeit einer Verordnung steigt mit zunehmendem Alter, Frauen werden mehr Hilfsmittel verordnet als Männern. Hilfsmittel wurden in der Regel auf Initiative der Patienten (54 %) oder der Hausärzte (39 %) verordnet; Vorschläge von Gebietsärzten, Pflegepersonal, Physiotherapeuten, anderen Gesundheitsberufen oder Angehörigen sind nach dieser Untersuchung von nachgeordneter Bedeutung. Die verordnenden Ärzte begründeten die Verordnungen mit einer großen Variationsbreite an Diagnosen.[138] Häufig gestellt wurden Diagnosen in den Diagnoseklassen Muskel- und Skelettkrankheiten (26 %), Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (21 %), Krankheiten des Urogenitaltrakts (16 %) sowie Stoffwechselkrankheiten (8 %). Die einzelnen Diagnoseklassen bzw. Einzeldiagnosen haben für Teilbereiche des Hilfsmittelmarktes eine unterschiedliche Bedeutung. Krankheiten des Stütz- und Bewegungsapparates und Herz-Kreislauf-Systems, vor allem Venenkrankheiten, sind die wichtigsten Verordnungsanlässe für am Körper getragene Hilfsmittel. Hilfsmittel, die einer besseren Bewältigung des Alltags dienen, werden vor allem bei Krankheiten des Stütz- und Bewegungsapparates sowie neurologischen Krankheiten verordnet. Verbrauchsmaterialien werden häufig wegen urologischer Probleme, aber auch bei Diabetes mellitus verordnet. Über die Angemessenheit der Verordnungen und Ergebnisse der Versorgung liegen keine Informationen vor (Biermans, M.C.J. et al. 2004).

[138] Die Erhebung wurde mittels eines von den Hausärzten auszufüllenden Fragebogens durchgeführt. Erfasst und ausgewertet wurden 1 733 erstmalige Hilfsmittelverordnungen im Jahr 1999 durch 64 Hausärzte mit einer Patientenpopulation von 134 535 Patienten. Dabei wurde die *International Classification of Primary Care* (ICPC) verwendet, nicht die ICD.

Qualitätssicherung der Hilfsmittelversorgung

715. Vorschriften im Medizinprodukterecht z. B. zur CE-Zertifizierung tragen im Prinzip zur Qualitätssicherung des Hilfsmittelangebots bei.[139] Das CE-Zeichen dokumentiert allerdings nur, dass ein Medizinprodukt in Übereinstimmung mit den grundlegenden Anforderungen der europäischen Richtlinien und des Medizinproduktegesetzes (MPG) hergestellt wurde. Dabei werden Medizinprodukte entsprechend ihrem Gefährdungspotenzial in vier Klassen eingeteilt, denen wiederum bestimmte Konformitätsbewertungsverfahren zugeordnet wurden. Die meisten Hilfsmittel fallen in die Risikoklasse I, für die eine Selbstzertifizierung des Herstellers ausreicht, ohne dass eine neutrale Stelle hinzugezogen werden muss (IKK-Bundesverband 2003).

716. Noch mehr als in der Arzneimittelversorgung fehlt in der Hilfsmittelversorgung eine Infrastruktur, die eine Nutzenbewertung von Produkten mit Schlussfolgerungen zur Angemessenheit von Preisen bzw. Preisrelationen ermöglicht. Im Arzneimittelbereich sind Standards für Studien unterschiedlicher Typen (Phase I-, II- und III-Zulassungsstudie, Anwendungsbeobachtung etc.) etabliert, und wissenschaftliche Institute sowie spezialisierte Unternehmen verfügen über Erfahrung in der Durchführung von Studien unter Nutzung eines breiten Spektrums an Ziel- und Surrogatparametern einschließlich von Indikatoren zur Lebensqualität. Überdies ist die Finanzierung dieser Studien u. a. aufgrund von Marktzugangsregelungen gesichert. In der Hilfsmittelversorgung existiert keine vergleichbare Infrastruktur zur Qualitätssicherung.

717. Zur Zeit engagieren sich vor allem der MDS und eine überschaubare Zahl an Experten bei den Verbänden der GKV und einzelnen Krankenkassen in diesem Versorgungsbereich. Die Hersteller haben zwar als Voraussetzung zur Aufnahme von Produkten in das Hilfsmittelverzeichnis die Funktionstauglichkeit, den therapeutischen

[139] Sonderanfertigungen z. B. in der Orthetik und Prothetik verfügen über keine CE-Kennung. Sie werden von Bestimmungen in Anhang VIII der EU-Richtlinie und im MPG sowie in den DIN-Normen erfasst.

Nutzen und die Qualität nachzuweisen (§ 139 SGB V), doch ist die Durchführung von zum Arzneimittelbereich vergleichbaren Studien keine etablierte Praxis. Sie würde auch vielfach an fehlenden Ressourcen der Hersteller scheitern. Dabei ist zu berücksichtigen, dass bestimmte in der Arzneimittelversorgung verwendete Studiendesigns wie RCT-Studien auf Hilfsmittel häufig nicht anwendbar sind und Produkte, die einem Behinderungsausgleich dienen, auch individuell angepasst werden müssen. Wissenschaftliche Institutionen tragen bisher noch relativ wenig zum besseren Verständnis der Versorgungspraxis und der Gestaltungsoptionen in diesem Sektor bei. Vor diesem Hintergrund sollten Überlegungen zur Gründung einer personell und finanziell ausreichend ausgestatteten Task Force ‚Hilfsmittel' in der GKV neu aufgenommen werden.

718. Zur Prüfung von Hilfsmitteln und zur Qualitätssicherung des Hilfsmitteleinsatzes können Kompetenzzentren bzw. Prüfstellen z. B. an geeigneten Krankenhäusern beitragen. Ansätze dazu wurden in der von BMA/BMGS geförderten klinischen Prüfung orthopädischer Hilfsmittel für Kriegsopfer entwickelt. Eine Prüfstelle für orthopädische Hilfsmittel wurde im Januar 2002 an der Klinik und Poliklinik für Technische Orthopädie und Rehabilitation der Universität Münster eingerichtet (http://medweb.uni-muenster.de/institute/pruef/). Es sollte untersucht werden, ob sich Erkenntnisse und Erfahrungen aus diesem speziellen Bereich der Hilfsmittelversorgung auch auf andere Patientengruppen übertragen lassen.

719. Von Bedeutung für die Qualität der Hilfsmittelversorgung ist jede Regulierung mit Einfluss auf die Produktion von Hilfsmitteln und die Qualifikation der in der Hilfsmittelversorgung Beschäftigten. Soweit Produkte und Dienstleistungen auf dem Hilfsmittelmarkt durch das Gesundheitshandwerk (Augenoptik, Hörgeräteakustik, Orthopädie-Schuhtechnik, Orthopädie-Technik, Zahntechnik) gefertigt bzw. erbracht werden, dienen Ausbildungserfordernisse wie der ‚große Befähigungsnachweis' (‚Meisterprüfung') u. a. der Qualitätssicherung (Kersting, H.U. 2000). Darüber hinaus wurden an Fachhochschulen ausbildende und qualifizierende Studiengänge für Augenoptik, Hörgeräteakustik, Medizintechnik mit Schwerpunkt Biomechanik, Orthopädie und Reha-Technik eingeführt.

720. Außer den Verbänden der GKV wurden den einzelnen Krankenkassen Gestaltungsspielräume eingeräumt, die sie zur Qualitätssicherung und zur Gestaltung der Versorgung nutzen können. Verträge zwischen Hilfsmittelanbietern und Krankenkassen bieten die Möglichkeit, Qualitätsanforderungen zu definieren und vertraglich zu fixieren. Welche Auswirkungen der Wettbewerb zwischen Krankenkassen auf die Qualität und auf die Effizienz haben wird, ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt kaum abzuschätzen, sollte aber beobachtet werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass

- Hinweise auf Unter-, Über- und Fehlversorgung auch mit Hilfsmitteln vorliegen,
- die private Beteiligung an den Gesundheitsausgaben in der Hilfsmittelversorgung höher ist als in anderen Versorgungsbereichen, so dass sich auch aus diesem Grund die Aufgabe stellt, den Informationsstand von Versicherten und Ärzten und die Transparenz dieses Bereichs zu verbessern, und
- die Hilfsmittelversorgung auch einen integralen Baustein der Rehabilitation einer steigenden Zahl chronisch Kranker und behinderter sowie alter bzw. hochbetagter Menschen bildet und ihnen ein selbstbestimmtes Leben und die Teilhabe an ihrem sozialen Umfeld erleichtert oder sogar erst ermöglicht.

Die Sicherung von Transparenz, Qualität und Effizienz in diesem Leistungsbereich der GKV einschließlich einer kompetenten Beratung von Versicherten und der individuellen Anpassung von Hilfsmitteln dient gerade auch vulnerablen Bevölkerungsgruppen mit eingeschränkten Möglichkeiten der Einkommenserzielung und Vermögensbildung.

Ausschöpfung von Effizienzreserven

721. In der Hilfsmittelversorgung werden seit längerer Zeit Effizienzreserven vermutet (z. B. Schmidt, P. et al. 1997). Eine Bewertung der Effizienz in diesem Bereich stößt aber zunächst auf das Problem, dass die Zulassung von Hilfsmitteln zur Versorgung noch wenig transparent verläuft. Die verfügbaren Publikationen zum Hilfsmittelangebot vermögen im Hinblick auf die methodischen Anforderungen eines Health Technology Assessments (z. B. Perleth, M. 2003) kaum zu überzeugen. Einer Bewertung der Effizienz der Hilfsmittelversorgung sind allerdings insofern Grenzen gesetzt, als Hilfsmittel z. T. an die Funktionseinschränkungen und individuellen Lebensbedingungen ihrer Nutzer anzupassen sind und ihre Wirkung auch von der Qualität von Dienstleistungen wie Einweisung, Training und regelmäßiger Betreuung sowie erneuter bzw. wiederholter Anpassung abhängen kann.

722. Da die Datenlage zur Versorgung mit Hilfsmitteln auch im Vergleich zu anderen Versorgungsbereichen lückenhaft ist, stellt sich die Aufgabe einer Bereitstellung verlässlicher Produktinformationen für Versicherte und Ärzte. Diese Aufgabe kann u. a. von Einrichtungen der Verbraucher- und Patientenberatung, Verbänden der Selbsthilfe und der Leistungserbringer, kassengetragenen Callcentern und Informationsdiensten im Internet in Angriff genommen werden (vgl. Gutachten 2003, Band I, Abschnitt 3.3). Die regelmäßige Aktualisierung und Pflege des Hilfsmittelverzeichnisses und seine Erweiterung um Informationen u. a. über Produktspezifika, Festbeträge, Preise und Distributionswege trägt zur Transparenz des Hilfsmittelangebotes bei und dient als Grundlage für weiterführende Informationsangebote von Krankenkassen, die auf spezielle Bedürfnisse ihrer Versicherten zugeschnitten sind.

723. Die Schnittstellen- und Koordinationsprobleme in der Versorgung von chronisch kranken und behinderten Menschen beeinflussen auch die Hilfsmittelversorgung. Folgende Leistungsanbieter können involviert sein:

– Hausärzte, niedergelassene Gebietsärzte, Versorgungszentren,

– Fachärzte in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen und nichtärztliches Personal, z. B. in einer ‚Hilfsmittelambulanz',

– Hilfsmittelproduzenten und -handel, u a. Gesundheitshandwerker, Sanitätshäuser, Apotheken, Versandhandel, Veranstalter von Auktionen im Internet,

– ambulante Pflegedienste, Anbieter integrierter Versorgung, ‚*homecare*'-Anbieter.

Zur integrierten Versorgung von chronisch kranken bzw. behinderten Versicherten können neben anderen Anbietern auch *homecare*-Unternehmen einen Beitrag leisten. Es handelt sich dabei um Unternehmen, die

– ambulante häusliche Versorgung mit erklärungsbedürftigen Hilfsmitteln, Verbandmitteln und anderen Medizinprodukten anbieten, wobei die Produktabgabe mit einer qualifizierten Beratung, einer individuellen Anpassung des Produkts und einer regelmäßigen Betreuung verbunden wird,

– ihre Angebote auf Patienten ausrichten, die wegen einer schweren chronischen Erkrankung auf eine aktive und kontinuierliche Unterstützung angewiesen sind oder die nach einem Krankenhausaufenthalt eine professionelle, poststationäre Versorgung benötigen, welche von niedergelassenen Ärzten und ambulanten Pflegediensten nicht im erforderlichen Umfang geleistet werden kann, und

– mit geschultem Fachpersonal unter ärztlicher Leitung tätig werden (BVMed 2003).

Zur Zeit werden *homecare*-Leistungen nicht separat vergütet, sondern über die Erstattung von Hilfsmitteln finanziert. In Verträgen zur integrierten Versorgung könnten innovative Vergütungsregelungen für Aufgaben, die auf Produktanpassung, Anleitung und Unterstützung des Patienten und Koordination in der Leistungserbringung zielen, getestet werden. Ob und innerhalb welcher Zeiträume sich entsprechende Aktivitäten entfalten, hängt auch von der jeweiligen Anreizkonstellation ab (vgl. Gutachten 2003, Band II, Abschnitt 6.1). Anreize für Krankenkassen zur integrierten Versorgung können z. B. durch eine stärker morbiditätsorientierte Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs gesetzt werden. Angesichts der relativ hohen Zahl von Anbietern, die an der Hilfsmittelversorgung beteiligt sind, müssen in der Konzeption der integrierten Versorgung auch professionenspezifische Perspektiven und Interessen (‚Professionenstreit') wahrgenommen und angemessen berücksichtigt werden.

724. Die Gesundheitsberichterstattung zur Hilfsmittelversorgung sollte in Kooperation mit Patienten-, Behinderten- und Selbsthilfeverbänden ausgebaut werden. Die Krankenkassen bzw. ihre Verbände sollten Leistungsdaten unter Nutzung der Struktur des Hilfsmittelverzeichnisses im Internet publizieren.

725. Anders als andere Versorgungsbereiche wird die Hilfs- und Heilmittelversorgung durch eine hohe Zahl von Verträgen mit Leistungsanbietern auf der Verbandsebene und auf der Ebene der einzelnen Krankenkasse und im Ergebnis durch eine schwierig zu überblickende Vertragslandschaft geprägt.[140] Mit den Neuregelungen im Hilfsmittelbereich im GMG verfolgte der Gesetzgeber das Ziel, das Vertragsprinzip auf Kassenebene zu stärken und zu ermöglichen, dass Versicherte bei gleicher Qualität zu niedrigeren Preisen versorgt werden können.[141] Der Umgang mit diesen erweiterten Spielräumen im Kassenwettbewerb sollte evaluiert werden. Dafür spricht auch dass eine Weiterentwicklung des Ordnungsrahmens der GKV gefordert wird, um Krankenkassen mehr Handlungsspielräume im Vertragsbereich zu eröffnen (z. B. Jacobs, K. u. Schulze, S. 2004). Um mögliche Auswirkungen der Gewährung weiterer Spielräume für die kassenindividuelle Vertragsgestaltung gegenüber Leistungsanbietern abschätzen zu können, bedarf es eines Monitoring der Nutzung von vorhandenen Gestaltungsmöglichkeiten. Dabei sind im Hilfs- und Heilmittelbereich u. a. Verbände der Selbsthilfe und Behindertenverbände sowie der Patienten- und Behindertenbeauftragte der Bundesregierung gefordert.[142]

6.2.4 Hilfsmittel in Pflegeheimen an der Schnittstelle zwischen Kranken- und Pflegeversicherung

726. Im Hinblick auf die Finanzierung von Hilfsmitteln ist die GKV mit knapp 49 % der gesamten Ausgaben der wichtigste Ausgabenträger (Statistisches Bundesamt 2003). An zweiter Stelle folgen die privaten Haushalte mit ca. 39 %. Die Bedeutung anderer Ausgabenträger, darunter der privaten Krankenversicherung (4,5 %) und der sozialen Pflegeversicherung (2,1 %), ist vergleichsweise gering.

727. Unklarheiten hinsichtlich der Finanzierungszuständigkeit bestanden an der Schnittstelle von GKV und SPV bei der Hilfsmittelversorgung in Pflegeheimen. Ein Anspruch auf Hilfsmittelversorgung durch die GKV besteht nach einer Grundsatzentscheidung des Bundessozialgerichts auch dann, wenn ein Versicherter in einem Pflegeheim vollstationär betreut wird.[143] Zur Abgrenzung der Leistungspflicht zwischen GKV und Heimträgern wurde deshalb von den Spitzenverbänden der Kranken- und Pflegekassen ein Abgrenzungskatalog erstellt. In den zur Erstellung des Katalogs vereinbarten Grundsätzen wird festgestellt, dass die Abgrenzung „nicht allgemeinverbindlich und … produktspezifisch vorgenommen werden" kann, sondern „jeder einzelne Versorgungsfall

[140] Z. B. unterhält die Gmünder Ersatzkasse im Hilfs- und Heilmittelbereich mit ca. 60 000 Anbietern Vertragsbeziehungen (GEK 2004).

[141] s. Begründung zum GMG, Nr. 91 (€ 127 SGB V).

[142] Dies gilt auch deshalb, weil die Bedeutung des Wettbewerbs als Entdeckungsverfahren innovativer Produktions- und Organisationsverfahren und als Instrument zur Erhöhung der Effizienz zwar nicht in Zweifel gezogen wird, die Evidenz zu den Auswirkungen des Wettbewerbs im Bereich sozialer Dienstleistungen aber vor allem im Hinblick auf die Qualität der Leistungen noch zu wünschen übrig lässt (z. B. Blank, R. 1999).

[143] Vgl. BSG-Urteil vom 10. Februar 2000 (‚Rollstuhl-Urteil', Az: B3 KR 26/99 R).

insbesondere auch unter Berücksichtigung der Einrichtungsstruktur und der Bewohnerklientel der stationären Pflegeeinrichtung individuell zu prüfen“ ist. Die Abgrenzung richtet sich grundsätzlich danach, ob ein Hilfsmittel für den einzelnen Versicherten zur Verfügung gestellt und ggf. individuell angepasst wird, oder ob es sich um ein im üblichen Pflegebetrieb notwendiges Hilfsmittel bzw. Pflegehilfsmittel handelt (vgl. Tabelle 68).

Tabelle 68

Beispiele für die Finanzierungszuständigkeit bei Hilfs- und Pflegehilfsmitteln in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Krankenkasse (SGB V)	Pflegeeinrichtung (SGB XI)
Lesehilfen, Hörhilfen	Rutschfeste Unterlagen, Badehilfen
Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	Krankenpflegeartikel (Grundpflege)
Orthesen, Prothesen	Mobilitätshilfen, Treppenfahrzeuge

Quelle: Spitzenverbände der Krankenkassen (2003a)

Bei zahlreichen Hilfsmitteln kommen laut Abgrenzungskatalog beide Finanzierungsträger in Betracht, so dass die Zuordnung im Einzelfall u. a. in Abhängigkeit vom Versorgungsauftrag eines Pflegeheims,[144] von den Produkteigenschaften und vom Einsatzzweck zu klären ist. Letzteres gilt z. B. für Gehhilfen und Rollstühle, die sowohl zur regulären Ausstattung eines Pflegeheims gehören können als auch speziell für einzelne Versicherte beschafft werden, um deren Mobilität sicherzustellen.[145]

728. Die Zuordnung bzw. Abgrenzung von Aufgaben zwischen der Kranken- und der Pflegeversicherung kann eine friktionslose Versorgung mit Hilfsmitteln erleichtern oder behindern. Eine Integration der Leistungen der SPV in den Leistungskatalog der GKV könnte noch bestehende Koordinationsschwierigkeiten mindern (vgl. Kapitel 5).

[144] Einzelne Pflege- bzw. Wohnheime spezialisieren sich auf die Versorgung eines eng definierten Kreises von Nutzern. Dabei handelt es sich neben Blinden bzw. hochgradig Sehbehinderten z. B. um Apalliker/Wachkomapatienten, Beatmungspatienten, Patienten mit Multipler Sklerose, Gehörlose und Suchtkranke.

[145] So fallen Gehhilfen, die ausschließlich von einem Versicherten innerhalb des Pflegeheims genutzt werden und ihm selbständige Mobilität ermöglichen, oder die außerhalb des Pflegeheims genutzt werden, um ein allgemeines Grundbedürfnis nach Mobilität zu befriedigen, in die Leistungspflicht der GKV. Andererseits gehören Gehhilfen, die durch mehrere Bewohner im Rahmen des ‚üblichen Betriebs’ genutzt werden, zur Ausstattung eines Pflegeheims. Gehübungsgeräte, die eine aktivierende Pflege erleichtern, begründen laut Abgrenzungskatalog ebenfalls keine Leistungspflicht der GKV.

729. Ein Anspruch auf Hilfsmittel gegenüber Trägern der Sozialversicherung kann sich u. a. auch aus dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung (§ 26, 27, 31 SGB VII) ergeben. Im Rehabilitationsrecht (SGB IX) wird der Begriff des ‚Hilfsmittels‘ sowohl im Kontext der medizinischen als auch der beruflichen und sozialen Rehabilitation verwendet. Die Abgrenzung im Rehabilitationsrecht zwischen dem Leistungsspektrum der GKV und Finanzierungszuständigkeiten der GUV, GRV oder anderer Träger konkretisiert sich u. a. in der Frage, ob Produkte oder Sonder- und Zusatzausstattungen primär als Hilfsmittel der medizinischen Rehabilitation zu klassifizieren sind oder ob sie der beruflichen bzw. sozialen Rehabilitation und Teilhabe dienen.

6.3 Versorgung mit Heilmitteln in der GKV

6.3.1 Regulierung des Heilmittelmarktes

Heilmittel im Leistungskatalog der GKV

730. Versicherte haben einen Anspruch auf Heilmittel, soweit diese nicht ausdrücklich aus der Versorgung ausgeschlossen wurden (§ 32 SGB V). Beispielhaft genannt werden Leistungen der physikalischen Therapie, der Sprachtherapie und der Ergotherapie. Das BMGS hat die Möglichkeit, mit Zustimmung des Bundesrates per Rechtsverordnung Heilmittel mit umstrittenem therapeutischem Nutzen oder mit geringem Abgabepreis von der Kostenübernahme durch die GKV auszuschließen (§ 34 Abs. 4 SGB V).

731. Das Angebot an Heilmitteln im Leistungskatalog der GKV wird weiterhin durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses eingegrenzt. Die Heilmittelrichtlinien umfassen einen Heilmittelkatalog (Abschnitt 6.3.2). Von 2004 an wird bei der Erbringung von Heilmitteln im Rahmen der GKV eine Zuzahlung von 10 % der Kosten und zusätzlich von € 10 je Verordnung erhoben (§ 61 SGB V).

Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Heilmittelanbietern

732. Nach § 124 SGB V dürfen Heilmittel, die als Dienstleistungen erbracht werden, nur von zugelassenen Anbietern abgegeben werden. Zu den Zulassungsvoraussetzungen gehören Kriterien zur Ausbildung, Berufserfahrung und Praxisausstattung der Anbieter. Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen können Heilmittel anbieten, wenn sie über Personal verfügen, das die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt. Die Spitzenverbände der Krankenkassen sollen gemeinsam Empfehlungen für eine einheitliche Anwendung der Zulassungsbedingungen abgeben. Eine Zulassung, nach deren Erhalt ein Anbieter zur Versorgung von Versicherten berechtigt ist, wird von den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen und von der See-Krankenkasse erteilt. Eine Zulassung kann widerrufen werden, wenn ein Anbieter Zulassungsvoraussetzungen nicht mehr erfüllt oder wenn er seiner Pflicht zur Fortbildung nicht nachkommt.

733. Zu den zur Zeit verfügbaren Steuerungsinstrumenten in der Heilmittelversorgung zählen Vereinbarungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. Verbänden der Ersatzkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 84 Abs. 8 SGB V) sowie Rahmenempfehlungen, die zwischen Spitzenverbänden der Krankenkassen und Spitzenorganisationen der Heilmittelanbieter auf der Bundesebene geschlossen werden (§ 125 SGB V). Die Rahmenempfehlungen regeln vor allem:

- den Inhalt der einzelnen Heilmittel, Umfang und Häufigkeit ihrer Anwendung und die Regelbehandlungszeit,
- Maßnahmen zur Qualitätssicherung, u. a. Prozess- und Ergebnisparameter,
- die Zusammenarbeit zwischen Vertragsarzt und Heilmittelerbringer,
- Maßnahmen zur Sicherung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit, und
- Vorgaben für Vergütungsstrukturen.

734. Einzelheiten der Versorgung und Abrechnung, die Preisstruktur und die Verpflichtung der Anbieter zur Fortbildung werden zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. Verbänden der Ersatzkassen und den Anbietern von Heilmitteln oder ihren Verbänden vereinbart (§ 125 Abs. 2 SGB V). Vereinbarte Preise verstehen sich dabei als Höchstpreise. Für den Fall, dass ein Anbieter seiner Pflicht zur Fortbildung nicht genügt, sollen Vergütungsabschläge vereinbart werden (§ 125 Abs. 2 SGB V).

Qualitätssicherung in der Vertragspolitik der Krankenkassen

735. Die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung in § 135a SGB V gilt auch für die Anbieter in der Heilmittelversorgung. Neue Heilmittel dürfen laut § 138 SGB V nur dann verordnet werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss ihren therapeutischen Nutzen anerkannt und in Richtlinien Empfehlungen zur Qualitätssicherung abgegeben hat. Weiterhin beeinflusst der Bundesausschuss über seine Richtlinien das ärztliche Verordnungsverhalten und auf diese Weise die Qualität und Effizienz der Heilmittelanwendung (vgl. Abschnitt 6.3.2).

736. Die Qualität der Heilmittelversorgung hängt von der Qualifikation und Motivation der Heilmittelerbringer ab, da es sich bei Heilmitteln, anders als in der Hilfsmittelversorgung, prinzipiell um Dienstleistungen handelt. Daher üben Aus-, Weiter- und Fortbildung der beteiligten Gesundheitsberufe einen großen Einfluss auf die Qualität der Heilmittelangebote aus. Die Verbände der Krankenkassen können Einzelheiten der Qualitätssicherung wie auch der Verpflichtung zur Fortbildung in Verträgen mit Heilmittelanbietern bzw. mit ihren Verbänden vereinbaren (§ 125 SGB V). Qualitätssicherung und Fortbildung in der Heilmittelversorgung sind damit ein Gegenstand der Vertragspolitik von Krankenkassen bzw. von ihren Verbänden.

6.3.2 Heilmittelrichtlinien und Heilmittelkatalog

Heilmittelrichtlinien

737. Dem gemeinsamen Bundesausschuss wurde die Aufgabe übertragen, Richtlinien für die vertragsärztliche Versorgung zu beschließen. Die Heilmittelrichtlinien enthalten einen Heilmittelkatalog und regeln überdies folgende Sachverhalte:

- die Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen,
- Besonderheiten bei Wiederholungsverordnungen und
- Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Vertragsarztes mit dem jeweiligen Heilmittelerbringer (§ 92 Abs. 6 SGB V).

Anders als in der Hilfsmittelversorgung wurde die Erstellung eines Verzeichnisses verordnungsfähiger Heilmittel nicht den Spitzenverbänden der Krankenkassen, sondern dem Bundesausschuss als eine im Rahmen seiner Richtlinienkompetenz zu lösende Aufgabe übertragen.

Das Heilmittelangebot in Kurorten und in der stationären Versorgung ist nicht Gegenstand der Richtlinien.

738. Eine Zunahme der Ausgaben der GKV für Heilmittel um rund 16 % im Jahr 2002 und eine weitere Zunahme im Jahr 2003 ließen eine Neufassung der seit dem 1. Juli 2001 gültigen Heilmittelrichtlinien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erforderlich werden. Ein wesentliches Ziel war die Klärung bzw. Vereinfachung von Verordnungsregeln. Präzisiert wurden u. a. die Voraussetzungen von Folge- und Langfristverordnungen. Nach den Richtlinien wird zwischen Verordnungen ‚im Regelfall' und ‚außerhalb des Regelfalls' unterschieden. Der Heilmittelkatalog enthält Angaben zur Gesamtverordnungsmenge im Regelfall; Verordnungen ‚außerhalb des Regelfalls' bedürfen einer gesonderten Begründung mit prognostischer Einschätzung und einer Genehmigung der Krankenkasse (Gemeinsamer Bundesausschuss 2004).

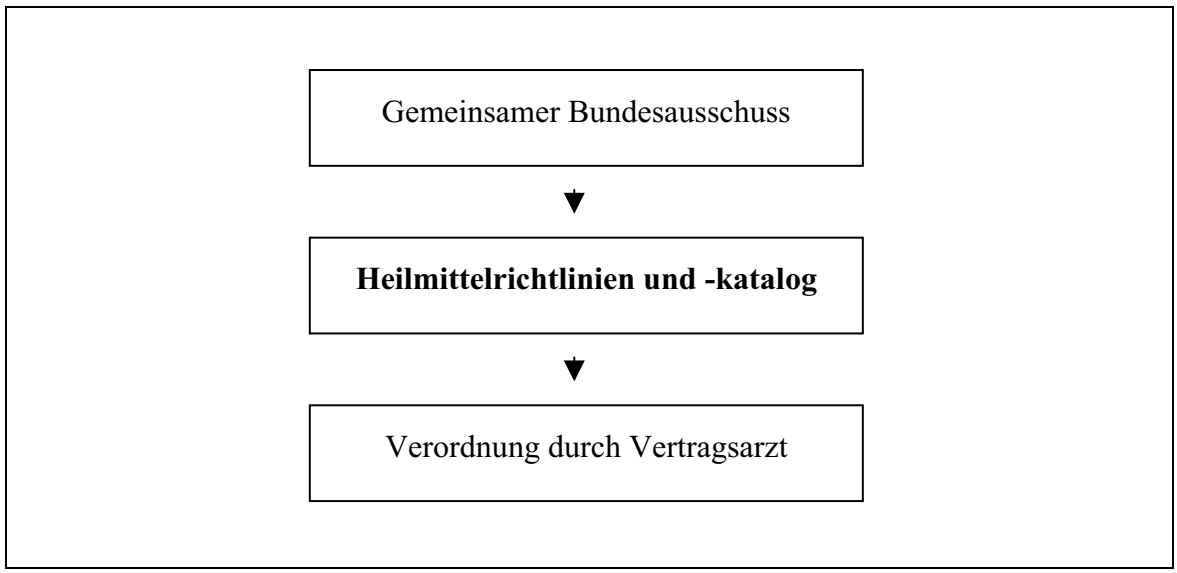
739. Heilmittel werden sowohl zu kurativen als auch zu präventiven Zwecken eingesetzt. Sie können nach den Richtlinien verordnet werden, um

- eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern,
- eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
- einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken und
- um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.

Vertragsärzte sind verpflichtet, vor einer Verordnung zu prüfen, ob das angestrebte Behandlungsziel auch durch eigenverantwortliche Maßnahmen des Patienten (u. a. durch allgemeine sportliche Betätigung oder Änderung der Lebensführung), durch eine Hilfsmittelversorgung oder durch die Verordnung eines Arzneimittels qualitativ gleichwertig und kostengünstiger erreicht werden kann.

Abbildung 30

Heilmittelangebot der GKV als Bestandteil der Richtlinienkompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses



Quelle: Eigene Darstellung

Heilmittelkatalog

740. Der Heilmittelkatalog regelt

- die Indikationen, bei denen Heilmittel verordnungsfähig sind,
- die Art der verordnungsfähigen Heilmittel bei diesen Indikationen,
- die Menge der verordnungsfähigen Heilmittel je Diagnosegruppe und
- Besonderheiten bei Wiederholungsverordnungen.

Der Heilmittelkatalog enthält Maßnahmen der physikalischen und podologischen Therapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie der Ergotherapie (Tabelle 69).

Tabelle 69

Therapieformen im Heilmittelkatalog

Therapieform	Art des Heilmittels
Physikalische Therapie	Massagetherapie Bewegungstherapie, u. a. Chirotherapie und Krankengymnastik Traktionsbehandlung Elektrotherapie/-stimulation Kohlensäurebäder und Kohlensäuregasbäder Inhalationstherapie Thermotherapie
Podologische Therapie (bei Diabetes mellitus)	Hornhautabtragung, Nagelbearbeitung
Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	Stimmtherapie Sprechtherapie Sprachtherapie
Ergotherapie	motorisch-funktionelle Behandlung sensomotorisch-perzeptive Behandlung Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Behandlung psychisch-funktionelle Behandlung

Der Heilmittelkatalog ist nach Diagnosegruppen gegliedert, die um Angaben zur Leitsymptomatik (Schädigung, Funktionsstörung), eine Beschreibung der Therapieziele und Vorgaben zur Verordnung geeigneter Heilmittel ergänzt werden (Tabelle 70). Bei mehreren der im Heilmittelkatalog enthaltenen Diagnosegruppen muss ungeachtet möglicher Präventionserfolge mit einer steigenden Prävalenz gerechnet werden, z. B. bei Diabetes mellitus, arteriellen Gefäßkrankheiten und Demenz.

Tabelle 70

Indikationen im Heilmittelkatalog

I. A. Indikationen für Maßnahmen der Physikalischen Therapie	
Art der Erkrankung	**Diagnosegruppe**
Erkrankungen der Stütz- und Bewegungs-organe	Wirbelsäulenerkrankungen Verletzungen/Operationen und Erkrankungen der Extremitäten und des Beckens Miss- und Fehlbildungen, Strukturschäden der Stütz- und Bewegungsorgane im Säuglings-, Kleinkind- und Kindesalter chronifiziertes Schmerzsyndrom
Erkrankungen des Nervensystems	ZNS-Erkrankungen einschließlich des Rückenmarks periphere Nervenläsionen
Erkrankungen der inneren Organe	Störungen der Atmung arterielle Gefäßkrankheiten Lymphabflussstörungen
Sonstige Erkrankungen	Störung der Dickdarmfunktion Störungen der Ausscheidung Schwindel unterschiedlicher Genese und Ätiologie periphere trophische Störungen Prostatitis, Adnexitis
I.B. Indikation für Maßnahmen der Podologischen Therapie	
Diabetisches Fußsyndrom	
II. Indikationen für Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	
Art der Störung	**Diagnosegruppe**
Störungen der Stimme	organisch bedingte Erkrankungen (z. B. durch Kehlkopfasymmetrien, Kehlkopftraumen, Missbildungen) funktionell bedingte Erkrankungen psychogene Erkrankungen
Störungen der Sprache	Störungen der Artikulation Störungen der auditiven Wahrnehmung Störungen der Sprache bei hochgradiger Schwerhörigkeit oder Taubheit Störungen der Sprache nach Abschluss der Sprachentwicklung (z. B. bei ischämischem Insult, intracerebraler Blutung, Hirntumor, Schädel-Hirn-Trauma) Störungen der Sprechmotorik

noch Tabelle 70

Art der Störung	**Diagnosegruppe**
noch II. Indikationen für Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	
Störungen des Redeflusses	Stottern (z. B. wegen hirnorganischer, psychischer, konstitutioneller oder traumatischer Ursachen) Poltern (z. B. wegen hirnorganischer oder konstitutioneller Ursachen)
Störungen der Stimm- und Sprechfunktion	
Störungen des Schluckaktes	krankhafte Störungen des Schluckaktes Schädigungen im Kopf-Hals-Bereich
Art der Störung	**Diagnosegruppe**
III. Indikationen für Maßnahmen der Ergotherapie	
Art der Erkrankung oder Störung	**Diagnosegruppe**
Erkrankungen des Stütz- und Bewegungssystems	Wirbelsäulenerkrankungen (M. Bechterew, rheumatoide Arthritis mit Befall der Wirbelsäule, Fraktur etc.) Störungen nach traumatischer Schädigung, Operationen, Verbrennungen, Verätzungen Amputationen, angeborene Fehlbildungen Gelenkerkrankungen, vorwiegend Schulter, Ellbogen, Hand Gelenkerkrankungen/Störungen der Gelenkfunktion mit prognostisch längerem Behandlungsbedarf (z. B. Arthritis/Arthrose) sympathische Reflexdystrophie, CRPS Erkrankungen mit Gefäß-, Muskel- und Bindegewebsbeteiligung
Erkrankungen des Nervensystems	ZNS-Erkrankungen und/oder Entwicklungsstörungen (bis 18. Lebensjahr) ZNS-Erkrankungen (ab 18. Lebensjahr; z. B. Schädelhirntrauma, Morbus Parkinson, Multiple Sklerose, Apoplex, zerebraler Tumor, Cerebralparese) Rückenmarkserkrankungen (z. B. Querschnittssyndrom) periphere Nervenläsionen
Psychische Störungen	Entwicklungsstörungen (z. B. frühkindlicher Autismus), Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend (z. B. Störung des Sozialverhaltens, depressive Störung/Angststörung, Esstörung) neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (z. B. Angststörung), Verhaltensauffälligkeiten (z. B. Essstörung), Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (z. B. Borderline-Störung) Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen, affektive Störungen (z. B. depressive Episode) psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (z. B. Abhängigkeitssyndrom) demenzielle Syndrome (z. B. Morbus Alzheimer)

6.3.3 Effizienz und Effektivität der Heilmittelversorgung

741. Der überwiegende Teil der Ausgaben im Heilmittelbereich entfällt auf Leistungen von Krankengymnasten bzw. Physiotherapeuten (Tabelle 71).

Im Leistungsbereich der Krankengymnastik bzw. Physiotherapie verursacht vor allem die krankengymnastische Einzelbehandlung hohe Ausgaben. Sie wird überwiegend von Orthopäden, Fachärzten für Allgemeinmedizin und Chirurgen verordnet und dient in ca. 50 % der Fälle einer Therapie von Wirbelsäulenerkrankungen (GEK 2004). Weiterhin haben Diagnosen aus dem Bereich der Unfall-, Gelenk- und Wiederherstellungschirurgie und der Gelenk- und Weichteilerkrankungen eine hohe Bedeutung als Verordnungsanlass (GEK 2004). Bei der Physiotherapie stellt sich die Aufgabe der Abgrenzung von ‚*Wellness*'-Leistungen (vgl. Metke, N. 2004).

742. Eine Auswertung der Ausgaben für ergotherapeutische Leistungen zeigt, dass sie zum großen Teil auf Jungen und Jugendliche männlichen Geschlechts entfallen. Ein Teil dieser Leistungen wird vermutlich im Rahmen der multimodalen Therapie des Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndroms (ADHS) erbracht (GEK 2004). Auch logopädische Leistungen werden überwiegend für jüngere Versicherte erbracht; eine Qualifizierung von Erziehern und Erzieherinnen im Kindergarten im Bereich der Sprachförderung und gezielte Sprachanregungsprogramme könnten Präventionspotenziale erschließen (Rieser, S. 2004.). Defizite bestehen vor allem bei Kindern aus bildungsfernen, sozial benachteiligten Schichten sowie auch bei Kindern aus Familien mit einem Migrationshintergrund (vgl. Hurrelmann, K. et al. 2003).

743. Nach einer Erhebung des Sachverständigenrates zur Über-, Unter- und Fehlversorgung (Gutachten 2000/2001, Band III.1) besteht eine Unterversorgung mit Heilmitteln bei der Kompressionstherapie bei tiefer Beinvenenthrombose, die oft bedarfsgerecht begonnen, aufgrund eines mangelnden Interesses bei Ärzten oder Patienten aber nicht immer ausreichend fortgesetzt wird. Unterversorgung wurde auch bei der Versorgung von Lymphödemen im stationären Bereich festgestellt. Stellungnahmen von Bundesländern, ärztlichen Körperschaften und Verbänden der Krankenkassen wiesen auf eine Unter- bzw. Fehlversorgung von behinderten Kindern in Behindertenheinrichtungen mit Ergotherapie, Krankengymnastik und Logopädie hin (Gutachten 2000/2001, Band III.1, Ziffer 190). Von Verbänden der Krankenkassen wurde eine regional unterschiedliche Dichte der Heilmittelpraxen, z. B. Physio-, Ergo- und Logotherapeuten, mit der Folge lokaler Über- und Unterversorgung vermerkt (Gutachten 2000/2001, Band III.1 Ziffer 211). Von Betroffenenorganisationen wurde eine Unterversorgung mit Krankengymnastik im stationären und ambulanten Bereich, z. B. bei Skoliose und Mukoviszidose, beklagt (vgl. Gutachten 2000/2001, Band III.1 Ziffer 170). Unter- und Fehlversorgung bei Schlaganfall kann z. B. dann vorliegen, wenn eine Behandlung durch Fachtherapeuten wie Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden zu spät, zu selten oder nicht adäquat durchgeführt wird. Als Ursachen wurden genannt:

- fehlende ambulante Folgeverordnungen nach stationärer Akut- und Anschlussheilbehandlung,
- eine unzureichende Qualifikation der Physiotherapeuten und
- eine regionale Unterversorgung mit Fachtherapeuten.

Eine Unterversorgung liegt nach dieser Befragung u. a. bei der Versorgung von Heimpatienten mit Physiotherapie nach erlittenem Insult vor. Empfohlen wurden die Qualitätssicherung ärztlicher, krankengymnastischer, logopädischer und ergotherapeutischer Maßnahmen nach einheitlichen Indikatoren (Band III.2, Ziffer 146).

744. Mögliche Einflussfaktoren einer Über-, Unter- und Fehlversorgung mit Heilmitteln sind vor allem

- der Kenntnisstand behandelnder Ärzte zur Effektivität von Heilmitteln und seine Auswirkungen auf die Indikationsstellung,

Tabelle 71

Ausgaben für Heilmittel 2003 nach Leistungserbringern

Leistungserbringer	Ausgaben 2003 (in Tsd. €)
Krankengymnasten/Physiotherapeuten	2.140.030
Masseure/medizinische Badebetriebe	366.422
Ergo-, Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Logopäden, Sprachtherapeuten	747.906
Podologen, ‚Sonstige Heilpersonen', ‚Heil- und Hilfsmittel von Sonstigen' (nicht explizit ausgewiesen)	59.361
Summe Heilmittel (Konto 450-458)	3.313.719

Quelle: BMGS/KJ 1-Statistik

- die Qualifikation nichtärztlicher Therapeuten, z. B. im Hinblick auf die Nutzung von wissenschaftlichen Ergebnissen zur Effektivität von Heilmitteln,
- Erkenntnisse zur Effektivität von Heilmitteln z. B. aus der Versorgungsforschung,
- die Umsetzung der Heilmittelrichtlinien,
- finanzierungsrechtliche Rahmenbedingungen und Zuzahlungen,
- ein Einbezug der Heilmittelversorgung in Verträge zur integrierten Versorgung bzw. in Versorgungsprogramme für chronisch Kranke (DMP),
- regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme von Heilmitteln u. a. aufgrund der regional unterschiedlichen Verteilung von Leistungserbringern (vgl. GEK 2004; Lichte, T. et al. 2001), sowie
- Auswirkungen des DRG-Systems auf die Heilmittelversorgung.

745. Die Inanspruchnahme von Heilmitteln wird durch die ‚Leistungserbringerdichte', d. h. die geographische Verteilung von Anbietern, beeinflusst. So ergab eine Auswertung der Inanspruchnahme von Krankengymnasten und Physiotherapeuten durch Versicherte der Gmünder Ersatzkasse auf der Ebene von Bundesländern nicht nur, dass die Dichte der Heilmittelerbringer zwischen den Ländern variiert, sondern, dass auch ihre Inanspruchnahme mit der jeweiligen Anbieterdichte korreliert (jeweils je 1 000 Versicherte; vgl. Abbildung 31). Die höchste Anbieterdichte je 1 000 Versicherte und zugleich die stärkste Inanspruchnahme durch GEK-Versicherte wurde in den Bundesländern Sachsen und Sachsen-Anhalt festgestellt.

Dabei ist unklar, inwieweit es sich bei einer überdurchschnittlichen Inanspruchnahme von Heilmitteln in bestimmten Regionen um ‚angebotsinduzierte Nachfrage' im Sinne einer Überversorgung oder vielmehr um die einen objektivierbaren Bedarf deckende Nachfrage handelt, die in anderen Regionen mit geringerer Anbieterdichte nicht oder nur zum Teil gedeckt wird. Eine Klärung dieser Frage würde die Untersuchung sowohl von epidemiologischen Unterschieden als auch von Differenzen in der Anwendung der Heilmittelrichtlinien im Rahmen einer Versorgungsforschung erfordern. Da Heilmittel z. B. in der multimodalen Therapie von rheumatischen Krankheiten komplementär zu Arzneimitteln eingesetzt werden, andererseits aber Substitutionseffekte zwischen Heil- und Arzneimitteln möglich sind, muss eine Versorgungsforschung neben Heilmitteln ggf. auch Arzneimittel einbeziehen. Des Weiteren sollte berücksichtigt werden, dass eine regional unterschiedliche Verordnungspraxis auch auf die finanziellen Rahmenbedingungen in einzelnen KV-Bezirken zurückzuführen sein kann.

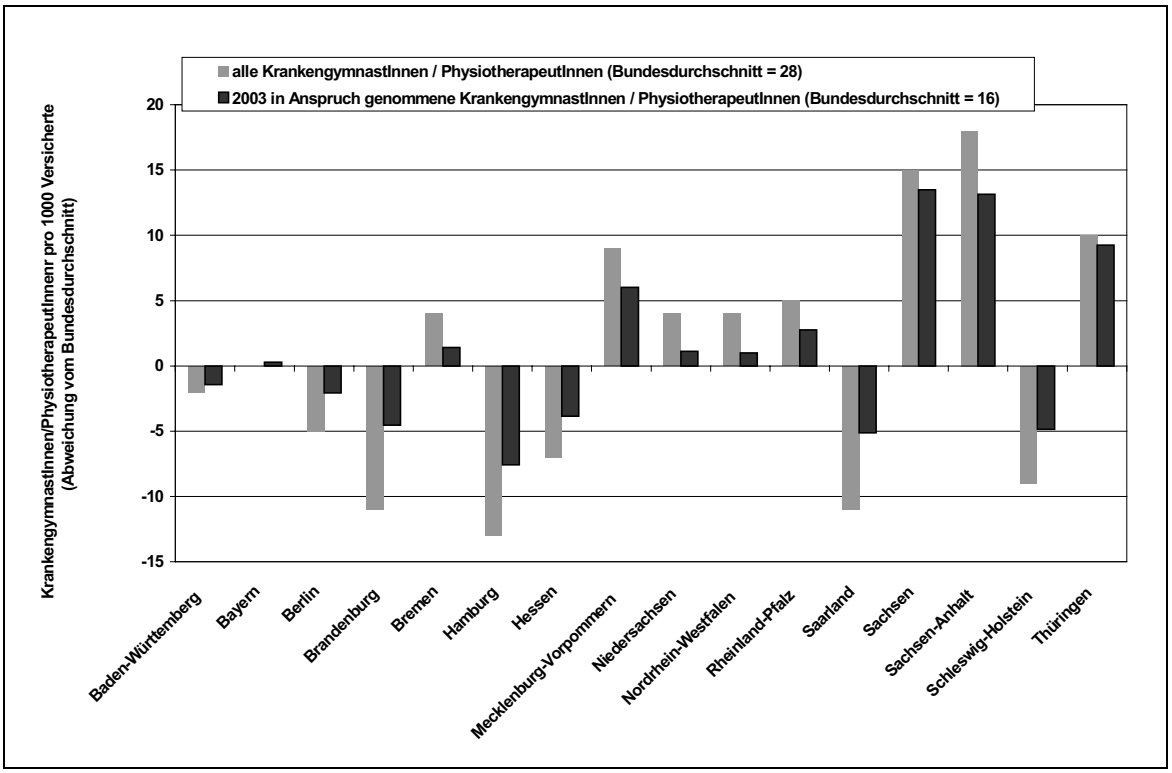
Exkurs: Heilmittel und Frührehabilitation im Krankenhaus

Zum Aufgabenspektrum der Krankenhausbehandlung gehören auch Maßnahmen der Frührehabilitation und die im Einzelfall erforderliche Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln (§ 39 SGB V; vgl. Gutachten 2003, Band II, Ziffer 616ff., 933f.). Leistungen der Frührehabilitation sollen zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzen. Vor dem Hintergrund der Verabschiedung des SGB IX und der Einführung von Diagnosis Related Groups (DRG) in der Krankenhausfinanzierung wurden neue Konzepte zur Frührehabilitation im Krankenhaus erarbeitet (vgl. Stier-Jarmer, M. u. Stucki, G. 2002; Stucki, G. et al. 2002a; Stucki, G. et al. 2002b). Obwohl in vielen Krankenhäusern Physiotherapeuten sowie auch Masseure/medizinische Bademeister, Ergotherapeuten, Logopäden und andere nichtärztliche Therapeuten tätig sind, zeigten Untersuchungen Defizite bei Rehabilitationsleistungen in Krankenhäusern auf. Bemängelt wurden vor allem eine unzureichende personelle, räumliche und apparative Ausstattung, fehlende rehabilitationsmedizinische Kenntnisse bei Krankenhausärzten und ein fehlendes Verständnis für die Bedeutung der Frührehabilitation im Rahmen der Akutbehandlung (Stucki, G. et al. 2002a).

Fallpauschalen (DRG) im Krankenhaus setzen einen Anreiz, die Verweildauer zu verkürzen. Während die Verkürzung von in der Vergangenheit überzogenen Verweildauern zwar aus der Perspektive der Patienten und aus betriebswirtschaftlicher Sicht sinnvoll ist, besteht die Gefahr, dass Leistungen der Frührehabilitation bzw. Heilmittel im Rahmen der Krankenhausbehandlung reduziert werden. Mögliche Folgen sind die Verlagerung des Aufwands in einen damit überforderten ambulanten Sektor und schlechtere Behandlungsergebnisse aufgrund einer unterlassenen oder zu spät einsetzenden Heilmittelerbringung bzw. Rehabilitation. Neben der Wirksamkeitsforschung zur Effektivität von Heilmitteln und frührehabilitativen Angeboten besteht deshalb ein Bedarf an Versorgungsforschung. Zu untersuchen sind u. a. Auswirkungen der pauschalierten Vergütung auf den Verlauf und die Ergebnisse von Behandlungsprozessen, deren Ziel weniger in der kausalen Therapie als in der Bewältigung chronischer Krankheiten, der Verzögerung des Krankheitsverlaufs und der Linderung von Krankheitsfolgen besteht (Gutachten 2000/2001, Band I, Ziffer 109). Die Krankenhausbehandlung entspricht zwar oft nur einem kurzen Ausschnitt aus solchen Versorgungsprozessen, muss die rehabilitative Zielsetzung aber grundsätzlich unterstützen und deshalb eine angemessene Versorgung mit Heilmitteln bzw. frührehabilitativen Leistungen beinhalten.

Abbildung 31

Verteilung von Krankengymnasten und Physiotherapeuten und ihre Inanspruchnahme in den Bundesländern



Quelle: GEK (2004)

746. Die Neufassung der Heilmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses im Jahr 2004 (vgl. Bundesministerium der Justiz 2004) soll der Steigerung bzw. Sicherung der Qualität und Effizienz der Heilmittelversorgung dienen. Die Auswirkungen der Neufassung auf die Verordnungspraxis können zur Zeit noch nicht beurteilt werden. Als sinnvoll erscheinen ein zügiger Aufbau des bereits geplanten GKV-weiten Heilmittel-Informationssystems und eine Bereitstellung von Struktur- und Leistungsdaten u. a. im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und/oder der Länder auf der Ebene von Regionen, so dass regionale Unterschiede in der Leistungsdichte erkennbar werden. In Betracht kommen z. B. Daten, jeweils differenziert nach der Art des Heilmittels, zu

- Heilmittelverordnungen je 1 000 Versicherte,
- Heilmittelverordnungen nach Altersgruppe,
- Heilmittelverordnungen nach Facharztgruppe,
- Heilmittelverordnungen nach Diagnose/Funktionsstörung bzw.
- Auswertungen mittels Verknüpfung dieser Daten

auf der Ebene von KV-Bezirken oder in kleinräumigerer regionaler Untergliederung.

Nicht medizinisch bzw. epidemiologisch begründete regionale Unterschiede in der Versorgung (‚*small area variations*') sind ein Ansatzpunkt für die Versorgungsforschung und, auf dieser Grundlage, für die Weiterentwicklung von regionalen Versorgungsstrukturen. In Analysen zur Inanspruchnahme der Heilmittelversorgung ist auch der sozioökonomische Status als eine mögliche Einflussgröße zu berücksichtigen. Perspektivisch müssen darüber hinaus mehrjährige Versorgungsverläufe mit dem Ziel ausgewertet werden, den Einsatz von Heilmitteln im Kontext der gesamten Versorgung chronisch Kranker (u. a. Arzneimittel-, Krankenhaus- und Rehabilitationsversorgung, integrierte Versorgung) zu überprüfen.

6.4 Fazit und Empfehlungen

747. Gesundheitspolitik und -berichterstattung sollten sich der Versorgungssegmente ‚Hilfsmittel' und ‚Heilmittel' vermehrt mit dem Ziel annehmen, die Transparenz, Effizienz und Effektivität der Versorgung zu verbessern. Dafür spricht u. a., dass Hilfsmittel und Heilmittel integrale Bestandteile der Rehabilitation behinderter, chronisch kranker, älterer und hochbetagter Menschen sind, deren Zahl aufgrund demographischer Trends steigt.

748. Bei dem Angebot an Hilfsmitteln als Ausschnitt aus dem Markt für Medizinprodukte und den Heilmitteln als persönlich zu erbringenden Dienstleistungen handelt es sich um verschiedene Versorgungssegmente mit jeweils eigenen Gestaltungsproblemen. Vor allem das Versorgungssegment ‚Hilfsmittel' setzt sich aus verschiedenen Teilmärkten zusammen und ist durch eine hohe Heterogenität gekennzeichnet. Die inhaltlichen Verbindungen zur Rehabilitation sollten in der Abgrenzung von Aufgaben-, Kompetenz- und Verantwortungsbereichen z. B. bei den Trägern der Sozialversicherung berücksichtigt werden.

749. Mehr als andere Versorgungsbereiche wird die Hilfs- und Heilmittelversorgung durch eine hohe Zahl von Verträgen mit Leistungsanbietern auf der Verbandsebene und auf der Ebene der einzelnen Krankenkasse und durch eine schwierig zu überblickende Vertragslandschaft geprägt. Mit den Neuregelungen des GMG im Hilfsmittelbereich verfolgte der Gesetzgeber das Ziel, das Vertragsprinzip auf Kassenebene zu stärken und zu ermöglichen, dass Versicherte bei gleicher Qualität zu niedrigeren Preisen versorgt werden. Der Umgang mit diesen Spielräumen sollte mit dem Ziel evaluiert werden, die Qualität und Effizienz der Hilfsmittelversorgung zu sichern. Um denkbare Auswirkungen einer Gewährung weiterer Spielräume für die kassenindividuelle Vertragsgestaltung gegenüber Leistungsanbietern abschätzen zu können, bedarf es eines Monitoring der Nutzung von vorhandenen Gestaltungsmöglichkeiten. In entsprechende Vorhaben im Hilfs- und Heilmittelbereich sind u. a. auch die Verbände der Selbsthilfe und Behindertenverbände sowie der Patienten- und Behindertenbeauftragte der Bundesregierung einzubeziehen.

750. Noch mehr als in der Arzneimittelversorgung fehlt in der Hilfsmittelversorgung eine Infrastruktur, die eine Bewertung des Nutzens von Produkten mit Schlussfolgerungen zur Angemessenheit von Preisen bzw. Preisrelationen ermöglicht. Unter diesen Voraussetzungen wird die Gründung einer Task Force unterstützt, die sich aus Experten der Spitzenverbände der GKV, einzelner Krankenkassen und des MDS zusammensetzt und weitere Fachleute sowie Vertreter von Herstellern und Patienten fallweise einbezieht. Vorrangige Aufgaben dieses Gremiums wären Fragen der Qualitätssicherung, die Aktualisierung und Pflege des Hilfsmittelverzeichnisses und dabei vor allem die Bildung von Produktgruppen und Formulierung von Qualitätsstandards, die Verbesserung der Kalkulationsgrundlagen für Festbeträge und Versorgungspauschalen und die Wiederverwendbarkeit von Hilfsmitteln. Ergebnisse der Arbeitsgruppe, vor allem zur Methodik der Technologiebewertung (Health Technology Assessment, HTA) bei Hilfsmitteln, zur Aufnahme von Produkten in das Hilfsmittelverzeichnis und zur Kalkulation von Festbeträgen, sollten im Internet dokumentiert werden.

Die Richtlinienkompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses umfasst zwar die Verordnungsfähigkeit von Hilfsmitteln durch Vertragsärzte, aber nicht die Erstellung und Pflege des Hilfsmittelverzeichnisses. Da dem Bundesausschuss aber die Konkretisierung des im SGB V nur allgemein abgegrenzten GKV-Leistungskatalogs obliegt, sollte er in die Task Force einbezogen werden.

751. Die Bedeutung des Hilfsmittelverzeichnisses als des wichtigsten Instruments zur Strukturierung des Marktes und zur Erhöhung der Transparenz des Hilfsmittelangebots ist zu stärken. Die Krankenkassen, ihre Verbände und die Leistungsanbieter einschließlich des Handels und der Apotheken sollten das Hilfsmittelverzeichnis grundsätzlich zur Marktbeobachtung, in Vertragsverhandlungen, zur Abrechnung von Leistungen und für statistische Zwecke verwenden. Dabei ist zu prüfen, ob zur eindeutigen Bezeichnung von Produkten eine Erweiterung des Verzeichnisses um zusätzliche Ebenen sinnvoll ist, auch um eine Fehlnutzung von Hilfsmittelpositionsnummern zu unterbinden. Eine kontinuierliche Fortschreibung, Aktualisierung und Bereinigung des Verzeichnisses muss sichergestellt werden. Dazu kann auch eine zeitliche Befristung der Nutzung von Hilfsmittelpositionsnummern beitragen.

Das Hilfsmittelverzeichnis sollte außer um zusätzliche Produktinformationen schrittweise um die in § 128 SGB V bereits vorgesehenen Preisinformationen sowie um die bundesweit gültigen Festbeträge ergänzt werden. Im Falle deutlicher Preisvariationen können Preisspannen sowie Durchschnittswerte ausgewiesen werden.

752. Für Versicherte und ihre Ärzte sind über das Hilfsmittelverzeichnis und Recherchemöglichkeiten wie z. B. die Hilfsmitteldatenbank des REHADAT-Informationssystems hinaus noch weitere Informationsangebote zur Hilfsmittelversorgung zu entwickeln. Im Idealfall würde eine für alle an der Hilfsmittelversorgung interessierten Gruppen (vor allem Hersteller, Fachhandel, Versicherte und Angehörige, Selbsthilfe-, Patienten-, Behinderten- und Verbraucherverbände bzw. -einrichtungen, niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen, Pflegedienste und *homecare*-Unternehmen) über das Internet zugängliche qualitätsgesicherte Informationsbasis entstehen, die für unterschiedlich detaillierte Informationsnachfragen nutzbar ist und sowohl einen ersten Überblick ermöglicht als auch spezielle Informationen bereitstellt. Das Informationsangebot könnte sich auf Produkt- und Qualitätseigenschaften, Studienergebnisse, Praxis- und Testberichte, Preise, Festbeträge, die Selbstbeteiligung von Versicherten und besondere Angebote von Krankenkassen im Hilfsmittelmanagement erstrecken. Dabei sind prinzipiell ausländische Hersteller aus dem EU-Raum zu berücksichtigen, um Vorteile des gemeinsamen Marktes sowohl für Patienten bzw. behinderte Menschen als auch für die Versicherer zu nutzen. Mit einem derartigen Informationsangebot würden sich die Voraussetzungen für eine sachgerechte Entscheidungsfindung durch Ärzte, Versicherte und Krankenkassen und für eine effiziente Verordnungs- und Versorgungspraxis verbessern. In die Konzeption eines solchen Angebots sollten vor allem behinderte Menschen, verord-

nende Ärzte und Experten aus der Sozialversicherung einbezogen werden.

753. Den Krankenkassen wird empfohlen, bei ihrer Vertragspolitik im Hilfsmittelbereich die folgenden Kriterien zu berücksichtigen:

– Orientierung an Produktgruppen und Qualitätsstandards im Hilfsmittelverzeichnis, prinzipiell Berücksichtigung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses der Hilfsmittelversorgung an Stelle der reinen Anschaffungskosten und dabei Berücksichtigung des Instandhaltungs- bzw. Ersatzbeschaffungsaufwands,

– Sicherstellung einer qualifizierten Beratung, individuellen Anpassung von Hilfsmitteln und Betreuung von Versicherten in der Kalkulation von Festbeträgen, in Verträgen mit Hilfsmittelanbietern und im Rahmen der integrierten Versorgung,

– Vereinbarung von Versorgungspauschalen für definierte Zeiträume anstelle von (bzw. aufbauend auf) Festbeträgen vor allem dann, wenn Hilfsmittel individuelle Beratung und Anpassung bzw. Instandhaltung erfordern, wenn gebrauchte Hilfsmittel weiter verwendbar sind oder wenn innovative Wege des Hilfsmittelmanagements erprobt werden sollen, und

– Erstellung von Informationsangeboten für Versicherte über Produktcharakteristika, komplementäre Dienstleistungen wie Beratung und Anpassung, Distributionswege, Preise und Festbeträge sowie Versorgungs- bzw. Hilfsmittelmanagementverträge der jeweiligen Krankenkasse u. a. im Internet.

754. Die Gesundheitsberichterstattung muss die Versorgungssegmente Hilfsmittel und Heilmittel vermehrt berücksichtigen. Anders als zur ambulanten ärztlichen Versorgung, zur Krankenhaus- und zur Arzneimittelversorgung stehen relativ wenige Analysen und Daten zur Verfügung, die eine fundierte Einschätzung des Versorgungsgeschehens und der Marktentwicklungen erlauben. Der ‚Heil- und Hilfsmittelreport 2004' der Gmünder Ersatzkasse stellt einen ersten Schritt dar, zeigt aber zugleich das Ausmaß der bestehenden Informationsdefizite auf.

755. In die Gesundheitsberichterstattung sollten auch Struktur- und Leistungsdaten zum Heilmittelbereich aufgenommen werden mit dem Ziel, regionale Unterschiede in der Leistungserbringerdichte und in der Leistungsstruktur darzustellen. Auf diese Weise werden Anknüpfungspunkte für die Versorgungsforschung und die Gestaltung von regionalen Versorgungsstrukturen geschaffen. Dazu kann vor allem eine Veröffentlichung von Daten aus dem geplanten Heilmittel-Informationssystem der GKV beitragen.

Krankenkassen bzw. ihre Verbände sollten Möglichkeiten suchen und nutzen, um durch ihre Vertragspolitik regionale Anbieterstrukturen in der Heilmittelversorgung zu beeinflussen und um ggf. bestehende Über- oder Unterkapazitäten auszugleichen. Als Instrumente kommen die regionalen Heilmittelvereinbarungen nach § 84 Abs. 8 SGB V in Betracht und dabei vor allem die Anpassungsparameter für Arzneimittelvereinbarungen, die analog auch auf Heilmittel anzuwenden sind (vgl. § 84 Abs. 2 u. 8 SGB V), sowie Daten zur Leistungsstruktur aus dem neuen Heilmittel-Informationssystem und Ergebnisse der Versorgungsforschung.

756. Versorgungsforschung und Technologiebewertung (HTA) sollten im deutschen Gesundheitssystem weiter ausgebaut werden. Die Effektivität, Angemessenheit und Effizienz des Hilfs- und Heilmitteleinsatzes bietet sich als ein Gegenstand von Versorgungsforschungs- und HTA-Projekten an. Da beide Versorgungssegmente zur Rehabilitation chronisch kranker und behinderter Menschen beitragen, sollte sich auch die Rehabilitationsforschung vermehrt dieser Versorgungsbereiche annehmen. Prinzipiell stellen derartige Forschungsprojekte aufgrund ihrer Bedeutung für die Analyse und Gestaltung des Leistungsspektrums der Sozialversicherung auch eine Aufgabe der GKV, der GRV, der GUV und ggf. weiterer Sozialversicherungsträger dar. Forschungsvorhaben sollten an Einschränkungen der Funktionsfähigkeit und dabei an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (*International Classification of Functioning, Disability and Health*, ICF) anknüpfen. Eine Verwendung der ICF wird die internationale Vergleichbarkeit bzw. Verwertbarkeit von Studienergebnissen verbessern.

757. Für Hilfs- und Heilmittelverordnungen ist, wie auch generell für die Rehabilitation, weniger die medizinische Diagnose als die Diagnose der Funktionsfähigkeit im Sinne der ICF ausschlaggebend. Dabei ist es wichtig, neben den Defiziten die Ressourcen und Lebensbedingungen des Patienten zu erfassen. Ärzte müssen über Kenntnisse der Funktionsfähigkeitsdiagnostik auf der Basis der ICF sowie der Effektivität von Hilfsmitteln und Heilmitteln verfügen. Die Verordnungsfähigkeit zumindest von aufwändigen Hilfs- bzw. Heilmitteln sollte an Qualifikations- und Fortbildungsnachweise geknüpft, die Begründung von Hilfsmittelverordnungen – bei hochwertigen Produkten – mit einer Nutzungsprognose verbunden werden. Zur Auswahl eines geeigneten Hilfsmittels kann ggf. auch eine Erprobungsphase beitragen.

Ärzte sollten sich in ihrer Aus- bzw. Weiter- und Fortbildung vertiefte Kenntnisse der Hilfsmittel- und Heilmittelversorgung aneignen. Um auch Angehörige nichtärztlicher Gesundheitsberufe, z. B. Absolventen von Berufsfachschulen, vertiefte wissenschaftlich zu qualifizieren und zur Forschung sowie zur Nutzung von Studienergebnissen zu befähigen, sollten Universitäten und/oder Fachhochschulen vermehrt berufsbegleitende Studiengänge einrichten. Dafür kommen u. a. Institute für Rehabilitationswissenschaften, Physikalische Medizin und Rehabilitation, Epidemiologie und Gesundheitswissenschaften in Betracht.

6.5 Literatur

Biermans, M.C.J., Decker, J. und van den Ende, C.H.M. (2004): Prescription of technical aids by general practitioners in the Netherlands. Health Policy, Bd. 67, S. 107–113.

Blank, R. M. (1999): When Can Public Policy Makers Rely On Private Markets? The Effective Provision Of Social Security. NBER Working Paper 7099, Cambridge, Mass.

BMGS (2005a): Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: Basisinformationen, Stand Januar 2005.

BMGS (2005b): Informationskompendium des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung.

Bode, C. und Maßing, E. (2005): Festbeträge für Hilfsmittel – Anbieterstrategien auf Kosten der Versicherten? Die BKK, 1/2005.

Bundesministerium der Justiz (2004): Bekanntmachung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über einen Beschluss zur Änderung der Richtlinien über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinien) vom 1.12.2003. Bundesanzeiger, Jg. 56, Nr. 20, S. 1523.

Bundesministerium der Justiz (2004): Bekanntmachung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Neufassung der Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien) vom 1.12.2003/16.3.2004. Bundesanzeiger, Jg. 56, Nr. 106a.

Bühring, P. (2001): Unübersichtlichkeit treibt Preise. Deutsches Ärzteblatt, Bd. 98, B 1370–1374.

BVMed (2003): Homecare. www.bvmed.de (19.01.2004).

Deutscher Bundestag (2004): Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe. Unterrichtung durch die Bundesregierung, BT-Drucksache 15/4575.

DIMDI (2004): Bezeichnungssysteme für Medizinprodukte. http://www.dimdi.de/de/mpg/index.htm (25.8.2004).

GEK (2004): Scharnetzky, E., Deitermann, B., Michel, C. und Glaeske, G.: GEK-Heil- und Hilfsmittelreport 2004, St. Augustin.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2004): Richtlinien über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. http://www.g-ba.de/public/GBA€Abs5/richtlinien/ richtl€ hilfsmittel.php (30.8.04).

GMDN (2002): Global Medical Device Nomenclature. A Short Technical Introduction to the GMDN Version 2002. http://www.gmdn.org/statusaug02.xalter.

Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W. und Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.) (2003): Jugendgesundeitssurvey – Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der WHO, Weinheim und München.

IKK Bundesverband (2003): Verfahrenshandbuch: Strukturgegebenheiten und Prozessabläufe im Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelbereich, Bergisch Gladbach.

Jacobs, K. und Schulze, S. (2004): Systemwettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung: Idealbild oder Schimäre? GGW, Bd. 4, Heft 1, S. 7–18.

Kersting, H.U. (2000): Anspruch und Wirklichkeit. Gesundheitsziele in der Hilfsmittelversorgung. Gesellschaftspolitische Kommentare, 6/2000, S. 6–14.

Knappe, E., Neubauer, G., Seeger, T. und Sullivan, K. (2000): Die Bedeutung von Medizinprodukten im deutschen Gesundheitswesen. www.bvmed.de.

Kuhlmey, A., Winter, M.H.-J., Maaz, A., Nordheim, J. und Hofmann, W. (2003): Alte Frauen und Männer mit starker Inanspruchnahme des Gesundheitswesens: Eine patientenorientierte Analyse unter besonderer Berücksichtigung soziodemographischer und systembedingter Einflussfaktoren auf das Nutzerverhalten. Forschungsbericht für das Bundesministerium für Bildung und Forschung.

Lichte, T., Goesmann, C. und Fischer, G.C. (2001): Budgets und Richtgrößen: Geeignete Steuerungsinstrumente bei der Arznei- und Heilmittelverordnung? Gesellschaftspolitische Kommentare Nr. 5, S. 6–13.

Metke, N. (2004): Heilmittel – Wellness für die Massen? Deutsches Ärzteblatt, Bd. 101, A 1491–92.

Neumann, Th. (1994): Versicherten- und Verbraucherinteressen im Gesundheitswesen. Herausforderungen an Krankenkassen und Verbraucherorganisationen. Die Betriebskrankenkasse, Heft 11, S. 648–658.

Neumann, Th. (1999): Wirtschaftliche Versorgung sicherstellen. Systemgerechte Ordnung des Hilfsmittelsektors in der GKV-Gesundheitsreform. Gesellschaftspolitische Kommentare, Nr. 12, S. 31–36.

Perleth, M. (2003): Evidenzbasierte Entscheidungsunterstützung im Gesundheitswesen. Konzepte und Methoden der systematischen Bewertung medizinischer Technologien (Health Technology Assessment) in Deutschland, Berlin.

Rieser, S. (2004): Modellprojekt Sprachförderung: Die Kinder kommen schnell von null auf hundert. Deutsches Ärzteblatt, Bd. 101, S. 273.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995): Sondergutachten 1995. Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Baden

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1997): Sondergutachten 1997. Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Band II: Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung, Baden-Baden.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002): Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation, Baden-Baden.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002): Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung, Baden-Baden.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band II: Qualität und Versorgungsstrukturen, Baden-Baden.

Saekel, R. (1997): Strukturwandel im Heilmittelsektor. KrV, S. 107–116.

Schmidt, P., Handloser, E. und Gores, B. (1997): Wirtschaftlichkeitsreserven in der Hilfsmittelversorgung. Die BKK, Bd. 48, Heft 6, S. 247–253.

Spitzenverbände der Krankenkassen (2002): Vorstellungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Weiterentwicklung der Versorgung im Heilmittel- und Hilfsmittelbereich vom 18. Februar 2002.

Spitzenverbände der Krankenkassen (2003a): Abgrenzungskatalog der Spitzenverbände der Krankenkassen – zugleich handelnd als Spitzenverbände der Pflegekassen – zur Hilfsmittelversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheimen) vom 14. März 2003.

Spitzenverbände der Krankenkassen (2003b): Gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) im Hilfsmittelbereich vom 25. November 2003.

Statistisches Bundesamt (2003): Gesundheit: Ausgaben und Personal 2001, Wiesbaden.

Stier-Jarmer, M. und Stucki, G. (2002): Frührehabilitation im Akutkrankenhaus – Gesetzliche Grundlagen. Phys Med Rehab Kuror, Bd. 12, S. 129–133.

Stucki, G., Stier-Jarmer, M., Berleth, B. und Gadomski, M. (2002a): Indikationsübergreifende Frührehabilitation. Phys Med Rehab Kuror, Bd. 12, S. 146–156.

Stucki, G., Stier-Jarmer, M., Gadomski, M., Berleth B. und Smolenski, U.C. (2002b): Konzept zur indikationsübergreifenden Frührehabilitation im Akutkrankenhaus. Phys Med Rehab Kuror, Bd. 12, S. 134–145.

VdAK (2003): Positionspapier der Ersatzkassen zum zukünftigen Umgang mit Festbeträgen für Hilfsmittel, Siegburg.

Zuck, R. (2003): Hilfsmittel und die rechtliche Bedeutung des Hilfsmittelverzeichnisses. MedR, Bd. 21, Heft 6, S. 335–338.

7 Einflussfaktoren auf die Verordnung von Arzneimitteln

7.1 Das Arzneimittel als ärztliches Instrument und Kostenfaktor

758. Die moderne westliche Medizin verdankt ihre unbestreitbaren Erfolge in erster Linie dem Fortschritt der (Natur-)Wissenschaften. Die wissenschaftsbasierte medizinische Heilkunde wird nach den Erkenntnissen der Medizingeschichte (China, Griechenland) seit gut 2000 Jahren von einer nichtmedizinischen Heilkunde begleitet. Ältere Ansätze der Heilkunde umfassen eine Vielzahl von Konventionen, die Eingang in die Erklärung und Therapie von Kranksein gefunden haben, bei denen allerdings fast immer der Wirksamkeitsnachweis fehlt.

Der Mensch hat in seiner Entwicklung gelernt, Heilversuche zu kommunizieren. Galen von Pergamon (129–200? n.Chr.), der Leibarzt von Marc Aurel, schuf die erste Pharmakologie der Medizingeschichte. In mittelalterlichen Klostergärten wurden systematisch Heilpflanzen kultiviert.[146] Galens Verständnis von Krankheit und Therapie, wonach Krankheit durch eine veränderte Mischung der sogenannten Kardinalsäfte des Körpers entstehe, prägte die Krankenbehandlung und die Arzneimittellehre bis Paracelsus (1493–1541). Dieser löste sich von der Beschaffenheit der Arzneistoffe und verstand ihre Wirkung, ihre therapeutische Eigenschaft als Funktion, die es zu extrahieren galt.

759. Mit der Aufklärung verschwand der ‚Zauber der Divination' (Stille, G. 1994) aus der Therapie. Man begann, die Arznei als ausschließlich materiellen Inhaltsstoff aus Pflanze, Mineral oder tierischem Organ zu begreifen. Erst Mitte des 19. Jahrhunderts zeichnete sich allmählich eine Trennung der Arzneimittelforschung von der ärztlichen Praxis ab. Der Pharmakologe Rudolf Buchheim (1820–1879) löste die Arzneimittelforschung aus den klinischen Fragestellungen und machte sie zusammen mit der Physiologie zu einer eigenständigen Wissenschaft. Die Jahre von 1850 bis 1900 brachten große Erkenntnisgewinne in der Arzneiwissenschaft, zunächst allerdings ohne direkten Gewinn für den Patienten. Die Pharmakologie stand neben den großen hygienischen und seuchenpolitischen Herausforderungen der damaligen Zeit. Andere Bereiche der Arzneikunde wie die Immuntherapie und mit dem Beginn des 20. Jahrhunderts die Chemotherapie (als im ursprünglichen Sinne gegen Infektionskrankheiten gerichtete Pharmakotherapie (Paul Ehrlich, 1909: Syphilis)) waren auf deren Bekämpfung ausgerichtet. Die Entdeckung neuer fiebersenkender Mittel um 1890 war der bescheidene Beitrag der Arzneimittelwissenschaft zur Problemlösung und der erste Schritt zu industrieller Forschung in der Arzneimittelentwicklung.

760. Der Berufsstand der Apotheker entstand in Europa erst im 13. Jahrhundert. Apothekern oblag die Herstellung der Arzneimittel. Die Pharmazie blieb den Ärzten untergeordnet. Als Kaiser Friedrich II. im Jahre 1241 die erste Medizinalordnung erließ, machte er die Ärzte zu Aufsehern über die Apotheker. In der ältesten deutschen Apothekerordnung von Basel aus dem Jahre 1271 wurde den Apothekern sogar abverlangt, keine Arzneimittel ohne ärztliches Rezept abzugeben. Das war das Gegenteil der zeitgleichen Entwicklung in China. Dort wurden die Ärzte Angestellte der Apotheker (vgl. Unschuld, P.U. 2003).

761. Die pharmazeutische Industrie baute ab dem Ende des 19. Jahrhunderts nach und nach eine industrieeigene Forschung auf. Diese hielt engeren Kontakt zur Klinik als die Universitätspharmakologie, die sich vor allem der Physiologie und der physiologischen Chemie verpflichtet fühlte. Schon damals kritisierten viele Kliniker den Mangel an patientennaher Arzneimittelforschung und die schlechte Verzahnung von Klinik und Forschung. Als Reaktion darauf begann der Kliniker Paul Martini (1889–1964) in den zwanziger Jahren, die klinische Prüfung von Arzneimittelwirkungen auf eine wissenschaftliche Grundlage zu stellen. Mit seinem 1932 erschienen Buch „Die Methodenlehre therapeutischer Untersuchungen" kam es erstmals zur Bildung von Kollektiven (Randomisierung), zum Vergleich von Krankheitsperioden und zur Anwendung statistischer Methoden. Etwa gleichzeitig führte A. Bradford-Hill den c*ontrolled clinical trial* ein. Aus der Pharmakologie des 19. Jahrhunderts, die die Wirkung von Arzneimitteln an physiologischen Funktionen untersucht hatte, wurde im 20. Jahrhundert eine Pharmakologie der Wirkungsmechanismen. Bis etwa 1880 wurde noch breit mit galenischen Präparationen einer alten Pharmakopoe behandelt, die insgesamt wenig effektiv gewesen sein dürfte und danach rückläufig war. Die Spitalmedizin war in der Folgezeit in erster Linie eine Pflegemedizin. Beobachtung, klinische Zeichenlehre und patho-anatomische Diagnose dominierten, therapeutisch war man Nihilist. Mit dem Aufkommen der Laboratoriumsmedizin dominierten bis etwa zum Beginn des Zweiten Weltkrieges Diagnostik und Pathophysiologie (vgl. Dengler, H.J. 1983).

Sieht man von wenigen bis dahin vorliegenden Medikamenten (Erste Insulinbehandlung 1922) ab, so sind das

[146] Das Gedicht ‚De cultura hortorum', kurz ‚Hortulus' genannt, das der Abt Walahfrid Strabo des Reichenauer Klosters zwischen 830 und 840 schrieb, ist das erste Zeugnis von Gartenbau in Deutschland. 24 Heilkräuter, Küchen- und Zierpflanzen werden darin beschrieben.

fünfte und sechste Jahrzehnt des 20. Jahrhunderts die Zeit der *‚drug explosion‘* mit damals Hunderten von neuen Substanzen, die jedes Jahr neu eingeführt wurden. Durch das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelrechts von 1976 ergab sich schließlich die Notwendigkeit, den Wirksamkeitsnachweis von Arzneimitteln auszubauen und die klinische Pharmakologie voranzutreiben. Die Aufgaben waren allerdings weitgehend auf Pharmakokinetik und Arzneimittelmetabolismus am Menschen sowie auf die Erfassung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen begrenzt. Das Gebiet der Darstellung therapeutischer Wirkungen von Arzneimitteln blieb überwiegend der Zusammenarbeit zwischen den Ärzten in der Industrie und klinisch tätigen Ärzten überlassen. Zumindest in Deutschland wurde die klinische Prüfmethode weitgehend von Klinikern geschaffen und weiterentwickelt (vgl. Stille, G. 1994). Die moderne wissenschaftlich begründete Pharmakotherapie ist somit verhältnismäßig jung.

762. Arzneimittel gehören, richtig angewendet, zu den wirksamsten Instrumenten ärztlicher Hilfe. Ihr Einsatz reicht von akuten Gesundheitsstörungen über chronische Krankheiten, der Verhinderung und Verzögerung kurzfristiger und ferner Krankheitskomplikationen bis zur rein palliativen Schmerztherapie. Insbesondere die präventive Zielrichtung zur Minderung der Wahrscheinlichkeit schwerwiegender Hypertonie- bzw. atherothrombotisch bedingter irreversibler Ereignisse wie Schlaganfall oder Herzinfarkt stellt in den westlichen Gesellschaften versorgungsepidemiologisch eines der umfangreichsten ambulanten Anwendungsfelder für Arzneimittel dar.

Die Hoffnungen vieler an schwerwiegenden bisher nur symptomatisch behandelbaren Krankheiten leidender Patienten richten sich auf die Entwicklung neuer Medikamente. Erwartet werden in naher Zukunft z. B. Neuentwicklungen gegen Demenz oder Impfstoffe im Bereich von AIDS oder auch bösartigen Erkrankungen. Der Anteil gentechnisch entwickelter Medikamente ist ständig im Wachsen begriffen, und von den derzeitig im vorklinischen oder klinischen Prüfstadium befindlichen Wirkstoffen ist jeder vierte gentechnischer Herkunft (VFA 2004a)

Der Einsatz von Pharmaka in der medizinischen Versorgung bewegt sich im Spannungsfeld der Problemfelder Qualität und Kosten. Der Rat hat im Gutachten 2000/2001 Band III auf Über-, Unter- und Fehlversorgung bei der Anwendung von Arzneimitteln hingewiesen. Insbesondere der ambulante Versorgungssektor steht seit Jahren unter dem Druck, die Pharmakotherapie zu rationalisieren und in diesem Kontext auch Medikamentenkosten einzusparen, zumal von wissenschaftlicher und politischer Seite sowie den Ausgabenträgern in der GKV noch erhebliche Rationalisierungsreserven beim Arzneimitteleinsatz vermutet werden. Daneben gibt es jedoch auch Versorgungslücken, die durch die Implementierung von Leitlinien reduziert werden sollen.

763. In der Entwicklungskette einer Arznei von ihrer Herstellung bis zur Wirkung am Patienten entscheidet letztlich die Verordnung durch den Arzt über Auswahl und Anwendung. Vorliegende Daten geben Verordnungshäufigkeiten und -kosten in unterschiedlichen Versorgungssektoren und in Bezug auf Indikationsgebiete wieder. Bisher fehlt jedoch eine Analyse jener Faktoren, die den Verordnungsvorgang und die dabei wirksamen Entscheidungen des Arztes steuern und auch jenseits des unmittelbaren Indikationsbezugs zum konkreten Muster des rezeptierten Arzneimitteleinsatzes beitragen. Daher stellt der Rat die Frage nach den Faktoren, die diese Entscheidungen beeinflussen, ins Zentrum seiner Ausführungen.

Am Anfang der folgenden Ausführungen steht ein kursorischer, empirischer Überblick über den deutschen Arzneimittelmarkt sowie über die Arzneimittelausgaben und die Produktion pharmazeutischer Erzeugnisse aus internationaler Perspektive. Den Schwerpunkt bildet dann eine Analyse der verordnungsrelevanten Einflussfaktoren mit dem Ziel, Anhaltspunkte für eine Steigerung der Effektivität und Effizienz des ärztlich verordneten Arzneimitteleinsatzes zu gewinnen. Angesichts des unter ambulanten Bedingungen größten Arzneimittelaufkommens durch Verordnungen im Hausarztsektor soll dieser als beispielgebend herangezogen werden.

7.2 Der deutsche Arzneimittelmarkt im Überblick

7.2.1 Arzneimittelausgaben im internationalen Vergleich

764. Der deutsche Arzneimittelmarkt nimmt mit einem Umsatzvolumen in öffentlichen Apotheken in Höhe von 36,5 Mrd. € (2003) die dritte Position in der Welt ein (siehe ABDA 2004 und VFA 2004b). Eine Betrachtung der Arzneimittelausgaben pro Kopf, angegeben in US-Dollar-Kaufkraftparitäten, zeigt jedoch, dass die deutschen Aufwendungen für Arzneimittel her durchaus im internationalen Rahmen bleiben. Wie Tabelle 72 ausweist, lag Deutschland im Jahre 2002 nur unwesentlich über dem Durchschnitt jener 15 Länder, für die entsprechende Werte existieren. Dabei rangieren vier der 15 Länder mit ihren Pro-Kopf-Arzneimittelausgaben noch deutlich vor Deutschland; die Spitze bilden jeweils wiederum mit deutlichem Abstand die Vereinigten Staaten und Frankreich.

Unter dem Aspekt der gesundheitlichen Leistungserstellung interessiert vor allem die Relation zwischen den Ausgaben für Arzneimittel und den Gesamtausgaben für die Gesundheitsversorgung. Im Unterschied zu einem internationalen Vergleich der Arzneimittelausgaben pro Kopf besitzt ein Vergleich der so genannten Arzneimittelquoten den Vorzug, dass dieser Indikator keine Umrechnung über Wechselkurse oder Kaufkraftparitäten erfordert und damit im Zeitablauf geringeren Verzerrungen unterliegt. Wie Tabelle 73 zeigt, liegt Deutschland im Hinblick auf den Anteil der Arzneimittelausgaben an den

gesamten Gesundheitsausgaben sowohl im Jahre 1995 mit 12,7 % zu 14,1 % als auch im Jahre 2002 mit 14,5 % zu 14,8 % unter dem Durchschnitt der 23 bzw. 15 Länder.

Bei einem Vergleich der Tabelle 72 und Tabelle 73 fällt auf, dass hohe Arzneimittelausgaben pro Kopf nicht zwangsläufig mit hohen Arzneimittelanteilen an den Gesamtausgaben für Gesundheit einhergehen. So weisen die Vereinigten Staaten als Spitzenreiter bei den Pro-Kopf-Arzneimittelausgaben eine unterdurchschnittliche Arzneimittelquote auf. Umgekehrt verhält es sich bei Griechenland und der Türkei, die im Verhältnis zu ihren eher niedrigen Pro-Kopf-Arzneimittelausgaben relativ hohe Arzneimittelanteile aufweisen. Neben Unterschieden bei Preisniveau und Absatzmenge dürfte einer der zentralen Gründe für Abweichungen zwischen Pro-Kopf-Arzneimittelausgaben und Arzneimittelanteilen in der unterschiedlichen Ausgabenintensität des jeweiligen stationären Sektors liegen. Insgesamt gesehen bleiben die deutschen Arzneimittelausgaben sowohl hinsichtlich ihres Niveaus als auch bezüglich ihrer Entwicklung im internationalen Kontext eher unauffällig.

Tabelle 72

Entwicklung der Pro-Kopf-Ausgaben für Arzneimittel im internationalen Vergleich

Jahr	1960	1970	1980	1990	1991	1995	1998	1999	2000	2001	2002
Land											
Australien	21	29	55	117	131	195	247	277	320	346	
Belgien	13	41	109	208	228	307					
Dänemark		18	57	116	128	167	193	199	204	223	239
Deutschland		43	128	246	228	288	332	346	360	390	408
Finnland	11	24	62	133	154	201	235	247	264	289	309
Frankreich	16	49	112	262	287	357	416	449	491	541	570
Griechenland	6	44	87	120	142	200	198	219	249	260	278
Irland		26	56	97	102	126	155	171	189	212	259
Island	11	28	111	216	207	249	307	357	360	375	
Italien	10	22	80	296	310	319	392	414	446	472	484
Japan			118	237	271	341	329	336	365	391	
Kanada	16	33	66	197	218	282	348	373	405	447	485
Luxemburg		32	92	229	246	247	282	326	322	349	355
Neuseeland			58	136	146	183					
Niederlande	6	15	60	136	147	201	206	222	236	261	276
Norwegen		11	57	100	113	170					
Österreich	11	26	72	159	173	208	273	301	329	343	358
Portugal		7	56	164	195	254	302				
Schweden		20	60	126	134	216	270	296	313	316	329
Schweiz	33	53	129	209	218	255	304	313	333	349	354
Spanien			76	154	166	230	288	315	317	333	357
Türkei				34				95	110		
Ver. Königreich		24	60	132	149	212					
Vereinig.Staaten	24	43	96	251	269	324	420	483	540	602	673
Durchschnitt:	15	29	81	170	190	241	289	302	324	361	382

Angegeben in $-Kaufkraftparitäten.
Quelle: Zusammengestellt und berechnet nach OECD Health-Data 1999–2004, Paris

Tabelle 73

Entwicklung des Anteils der Ausgaben für Arzneimittel an den Gesamtausgaben für Gesundheit im internationalen Vergleich (in Prozent)

Jahr / Länder	1960	1970	1980	1990	1991	1995	1998	1999	2000	2001	2002
Australien	*22,6*	*14,1*	*8,0*	*9,0*	*9,5*	*11,2*	*11,9*	*12,4*	*13,4*	*13,8*	
Belgien	*24,3*	*28,1*	*17,4*	*15,5*	*15,6*	*16,3*					
Dänemark		*9,1*	*6,0*	*7,5*	*8,0*	*9,1*	*9,0*	*8,7*	*8,7*	*8,8*	*9,2*
Deutschland		*16,2*	*13,4*	*14,3*	*14,3*	*12,7*	*13,4*	*13,5*	*13,6*	*14,3*	*14,5*
Finnland	*17,1*	*12,6*	*10,7*	*9,4*	*9,9*	*14,1*	*14,6*	*15,1*	*15,5*	*15,7*	*15,9*
Frankreich	*23,5*	*23,8*	*16,0*	*16,9*	*17,2*	*17,6*	*18,6*	*19,5*	*20,3*	*20,9*	*20,8*
Griechenland	*26,8*	*25,5*	*18,8*	*14,3*	*16,3*	*15,7*	*13,9*	*14,4*	*15,4*	*15,6*	*15,3*
Irland		*22,2*	*10,9*	*12,2*	*11,6*	*10,4*	*10,4*	*10,5*	*10,6*	*10,3*	*11,0*
Island	*18,5*	*17,1*	*15,9*	*13,5*	*12,3*	*13,4*	*13,6*	*14,1*	*14,1*	*14,0*	
Italien	*19,8*	*14,5*	*13,7*	*21,2*	*20,4*	*20,9*	*21,8*	*22,3*	*22,3*	*22,4*	*22,4*
Japan			*21,2*	*21,4*	*22,9*	*22,3*	*18,9*	*18,4*	*18,7*	*18,8*	
Kanada	*12,9*	*11,3*	*8,5*	*11,5*	*11,8*	*13,8*	*15,2*	*15,5*	*16,0*	*16,3*	*16,6*
Luxemburg		*19,7*	*14,5*	*14,9*	*15,0*	*12,0*	*12,3*	*11,9*	*12,0*	*12,0*	*11,6*
Neuseeland			*11,9*	*13,8*	*14,1*	*14,8*					
Niederlande	*9,5*	*7,5*	*8,0*	*9,6*	*9,6*	*11,0*	*10,2*	*10,6*	*10,8*	*10,6*	*10,4*
Norwegen		*7,8*	*8,7*	*7,2*	*7,3*	*9,0*					
Österreich	*17,2*	*16,2*	*10,9*	*13,2*	*13,6*	*11,1*	*14,0*	*14,6*	*15,4*	*15,8*	*16,1*
Portugal		*13,4*	*19,9*	*24,9*	*24,3*	*23,6*	*23,4*				
Schweden		*6,6*	*6,5*	*8,0*	*8,7*	*12,5*	*13,8*	*14,0*	*13,9*	*13,3*	*13,1*
Schweiz		*19,1*	*15,2*	*10,2*	*9,8*	*10,0*	*10,2*	*10,5*	*10,7*	*10,6*	*10,3*
Spanien			*21,0*	*17,8*	*18,1*	*19,2*	*21,0*	*21,5*	*21,3*	*21,2*	*21,5*
Türkei				*20,5*				*24,3*	*24,8*		
Ver. Königreich		*14,7*	*12,8*	*13,5*	*13,8*	*15,3*					
Vereinig. Staaten	*16,6*	*12,4*	*9,1*	*9,2*	*9,1*	*8,9*	*10,3*	*11,2*	*11,9*	*12,4*	*12,8*
Durchschnitt	*19,0*	*15,6*	*13,0*	*13,7*	*13,6*	*14,1*	*14,6*	*14,9*	*15,2*	*14,8*	*14,8*

Quelle: Zusammengestellt und berechnet nach OECD Health-Data 1999–2004, Paris

7.2.2 Die deutschen Arzneimittelausgaben nach Ausgabenträgern

765. In Deutschland entfielen, wie Tabelle 74 ausweist, im Jahre 2002 Arzneimittelausgaben in Höhe von 36,55 Mrd. € auf insgesamt sieben Ausgabenträger. Dabei nahmen im Zeitraum von 1992 bis 2002 die Arzneimittelausgaben mit Ausnahme des Jahres 1993 in jedem Jahr zu. Das Gesundheitsstrukturgesetz, das 1993 in Kraft trat, führte insbesondere wegen eines in den alten Bundesländern eingeführten Arzneimittelbudgets zu einem Rückgang der Arzneimittelausgaben um insgesamt 1,72 Mrd. € und – in Verbindung mit einer Erhöhung der Direktzahlung oder Zuzahlungen der Versicherten – einem Absinken der entsprechenden Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) um sogar 2,74 Mrd. €. Im Gegensatz dazu stiegen die Arzneimittelausgaben der privaten Haushalte, die Ausgaben für Zuzahlungen und *Over-the-counter*-Präparate umfassen,[147] im Jahre 1993 um 0,94 Mrd. € relativ stark, d. h. um 19,8 %, an. Die Arzneimittelausgaben der GKV gingen in diesem Zeitraum außer im Jahre 1993 nur noch 1997 infolge der erhöhten Zuzahlungen durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz zurück, und auch in diesem Jahr verzeichneten die Arzneimittelausgaben der privaten Haushalte mit 0,94 Mrd. € bzw. 14,8 % einen kräftigen Zuwachs. Im Gegensatz zum Jahre 1993 konnte in 1997 der absolute Zuwachs der Arzneimittelausgaben bei den privaten Haushalten den entsprechenden Rückgang in der GKV überkompensieren.

766. Tabelle 75 zeigt noch etwas deutlicher, dass die Anteile an den gesamten Arzneimittelausgaben, die GKV und private Haushalte jeweils einnehmen, reziprok verlaufen und sich zumeist auf ca. 90 % aufaddieren. So wiesen im Jahre 1992 die GKV mit 72,4 % ihren maximalen und die privaten Haushalte mit 18,3 % ihren minimalen Ausgabenanteil auf, während es sich im Jahre 1998 mit 63,7 % bzw. 26,3 % umgekehrt verhielt. Die drei Ausgabenträger GKV, private Haushalte und private Krankenversicherung (PKV) vereinigten im Jahre 2002 allein 94,4 % der gesamten Arzneimittelausgaben auf sich.

Der Ausgabenanteil der PKV stieg im Beobachtungszeitraum von 3,7 % über 4,0 % (1996) auf zuletzt 5,9 % an und nahm damit um 59,5 % zu.[148] Unabhängig davon nimmt die GKV mit 70,1 % den weitaus größten Anteil an den gesamten Arzneimittelausgaben ein. Der Anteil

[147] Darin sind Zahlungen in Apotheken und in Höhe von ca. 0,31 Mrd. € Ausgaben über andere Vertriebswege, z. B. Drogerien, enthalten (vgl. BAH 2004).

[148] Dies ist nicht nur die Folge des überproportionalen Anstiegs der Pro-Kopf-Ausgaben für Arzneimittel in der PKV, sondern erklärt sich z. T. auch aus der gestiegenen Zahl der PKV-Versicherten.

Tabelle 74

Arzneimittelausgaben nach Ausgabenträgern (in Mrd. €)

Jahr / Ausgabenträger	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
(1) Öffentliche Haushalte	0,221	0,212	0,206	0,213	0,224	0,246	0,285	0,299	0,307	0,326	0,344
(2) Gesetzliche Krankenversicherung	18,743	16,003	16,844	17,981	18,953	18,230	19,075	21,033	22,001	24,202	25,612
(3) Soziale Pflegeversicherung	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
(4) Gesetzliche Rentenversicherung	0,095	0,105	0,104	0,111	0,112	0,077	0,078	0,081	0,091	0,093	0,095
(5) Gesetzliche Unfallversicherung	0,304	0,296	0,312	0,334	0,342	0,356	0,364	0,403	0,419	0,439	0,455
(6) Private Krankenversicherung	0,963	0,994	1,012	1,082	1,134	1,204	1,295	1,655	1,808	1,937	2,146
(7) Arbeitgeber	0,822	0,873	0,911	0,880	0,897	0,978	0,982	1,119	1,113	1,190	1,189
(8) Private Haushalte[a)]	4,748	5,689	5,925	6,089	6,348	7,286	7,869	6,858	6,649	6,794	6,710
Insgesamt	25,895	24,172	25,313	26,691	28,008	28,376	29,948	31,448	32,388	34,981	36,551

[a)] Einschließlich private Organisationen ohne Erwerbscharakter.

Quelle: Zusammengestellt nach Statistisches Bundesamt 2002 und 2004

Tabelle 75

Anteile der Arzneimittelausgaben nach Ausgabenträgern (in Prozent)

Jahr / Ausgabenträger	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
(1) Öffentliche Haushalte	*0,9*	*0,9*	*0,8*	*0,8*	*0,8*	*0,9*	*1,0*	*1,0*	*0,9*	*0,9*	*0,9*
(2) Gesetzliche Krankenversicherung	*72,4*	*66,2*	*66,5*	*67,4*	*67,7*	*64,2*	*63,7*	*66,9*	*67,9*	*69,2*	*70,1*
(3) Soziale Pflegeversicherung	*0,0*	*0,0*	*0,0*	*0,0*	*0,0*	*0,0*	*0,0*	*0,0*	*0,0*	*0,0*	*0,0*
(4) Gesetzliche Rentenversicherung	*0,4*	*0,4*	*0,4*	*0,4*	*0,4*	*0,3*	*0,3*	*0,3*	*0,3*	*0,3*	*0,3*
(5) Gesetzliche Unfallversicherung	*1.2*	*1,2*	*1,2*	*1,3*	*1,2*	*1,3*	*1,2*	*1,3*	*1,3*	*1,3*	*1,2*
(6) Private Krankenversicherung	*3,7*	*4,1*	*4,0*	*4,1*	*4,0*	*4,2*	*4,3*	*5,3*	*5,6*	*5,5*	*5,9*
(7) Arbeitgeber	*3,2*	*3,6*	*3,6*	*3,3*	*3,2*	*3,4*	*3,3*	*3,6*	*3,4*	*3,4*	*3,3*
(8) Private Haushalte[a)]	*18,3*	*23,5*	*23,4*	*22,8*	*22,7*	*25,7*	*26,3*	*21,8*	*20,5*	*19,4*	*18,4*

[a)] Einschließlich Organisationen ohne Erwerbscharakter.

Quelle: Zusammengestellt nach Statistisches Bundesamt 2002 und 200

der GKV-Arzneimittelausgaben am Apothekenumsatz geht zwar seit Mitte der neunzigerer Jahre tendenziell zurück, belief sich aber im Jahre 2003 – einschließlich der Selbstbeteiligung der Versicherten – immer noch auf 63,3 % (vgl. ABDA 2004). Die Arzneimittelausgaben bzw. -verordnungen im Rahmen der GKV spielen somit für die Entwicklung des deutschen Arzneimittelmarktes eine dominante Rolle. Entsprechende Bedeutung kommt Reformen der Arzneimittelversorgung in der GKV für den inländischen Arzneimittelmarkt und damit für Patienten, Hersteller, Großhändler und Apotheken zu.

7.2.3 Die Arzneimittelausgaben im Rahmen der GKV

767. Im Rahmen der Ausgabenstatistik der GKV stellen die Arzneimittel, die öffentliche Apotheken abgeben,[149] eine eigenständige Leistungs- bzw. Behandlungsart dar. Wie Tabelle 76 verdeutlicht, schwankte der Anteil, den die Arzneimittelausgaben an den gesamten Leistungsausgaben einnehmen, in den alten Bundesländern im Zeitraum von 1970 bis 2003 auch infolge von Kostendämpfungsmaßnahmen (siehe Abbildung 32) von 17,7 % (1970) über 13,4 % (1995) bis 17,4 % (2003). Seit dem Gesundheitsstrukturgesetz bzw. seit Mitte der neunziger Jahre weist dieser Ausgabenanteil eine stetig steigende Tendenz auf, die auch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz mit seinen erhöhten Zuzahlungen sowie nachfolgende diskretionäre gesetzliche Eingriffe bestenfalls abzuschwächen, aber nicht zu stoppen oder umzukehren vermochten. Während im Jahre 1997 der Ausgabenanteil für die Behandlung durch Ärzte noch um vier Prozentpunkte über jenem der Arzneimittelausgaben lag, befinden sich diese Ausgabenanteile im Jahre 2003 fast auf dem gleichen Niveau.

Ein Blick auf die Entwicklung der Ausgabenanteile im vereinigten Deutschland vermittelt in Tabelle 77 ein tendenziell ähnliches Bild. Der Ausgabenanteil für Arzneimittel stieg zwischen 1994 und 2003 von 13,7 % auf 17,8 %, d. h. um 29,9 %. Er übertraf schon im Jahre 2001 den Ausgabenanteil für die Behandlung durch Ärzte und lag im Jahr 2003 um einen Prozentpunkt darüber. Die Arzneimittelausgaben bilden somit nach den Aufwendungen für die stationäre Behandlung einen ebenso großen Ausgabenblock wie die Behandlung durch Ärzte.

Da sich die Ausgabenbetrachtung lediglich auf der monetären Inputebene der Gesundheitsversorgung befindet, erlaubt sie noch keinerlei Aussagen über die Effizienz und

[149] Die Aufwendungen für die im Krankenhaus verabreichten Arzneimittel fallen unter die stationären Ausgaben. Es existieren hier völlig andere Prozesse der Preisbildung, siehe auch unten unter 7.3.1 Der Wirtschaftsstandort Deutschland.

Tabelle 76

Ausgabenanteile in der GKV nach Behandlungsarten (alte Bundesländer)

Jahr Behandlungs-arten[a]	1970	1975	1980	1985	1990	1995[b]	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003[c]
Behandlung durch Ärzte	*22,9*	*19,4*	*17,9*	*18,1*	*18,2*	*17,2*	*17,8*	*17,8*	*17,7*	*17,6*	*17,3*	*17,9*	*17,7*
Behandlung durch Zahnärzte	*7,2*	*7,1*	*6,4*	*6,1*	*6,1*	*5,9*	*6,3*	*6,4*	*6,2*	*6,0*	*6,0*	*5,9*	*5,9*
Stationäre Behandlung	*25,2*	*30,6*	*29,6*	*32,2*	*33,2*	*35,0*	*35,6*	*36,0*	*35,1*	*35,0*	*34,1*	*34,0*	*34,0*
Arzneimittel	*17,7*	*15,3*	*14,3*	*15,3*	*16,3*	*13,4*	*13,8*	*14,4*	*15,2*	*15,5*	*16,6*	*17,0*	*17,4*
Heil- und Hilfsmittel	*2,8*	*4,4*	*5,7*	*6,0*	*6,5*	*7,5*	*7,8*	*8,0*	*7,6*	*7,6*	*7,5*	*7,3[d]*	*8,4[d]*
Zahnersatz	*3,5*	*7,2*	*8,6*	*7,1*	*3,6*	*3,3*	*3,6*	*2,5*	*2,7*	*2,8*	*2,8*	*2,6*	*2,8*

[a] Jeweilige Ausgaben in Prozent der gesamten Ausgaben für Leistungen.
[b] Ab 1995 einschließlich Berlin-Ost.
[c] Vorläufige Ergebnisse nach der Vierteljahresstatistik des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung.
[d] Die Heil- und Hilfsmittelausgaben enthalten hier im Sinne der Vergleichbarkeit auch ab 1990 die Ausgaben für Dialyse. Die für das Jahr 2001 letztmalig ausgewiesenen Werte werden auch für die Jahre 2002 und 2003 unterstellt.

Quelle: Zusammengestellt und errechnet aus: Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, 1970 bis 1989 sowie Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2000; Bundesministerium für Gesundheit 2000; Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2004

Tabelle 77

Ausgabenanteile in der GKV nach Behandlungsarten in Deutschland

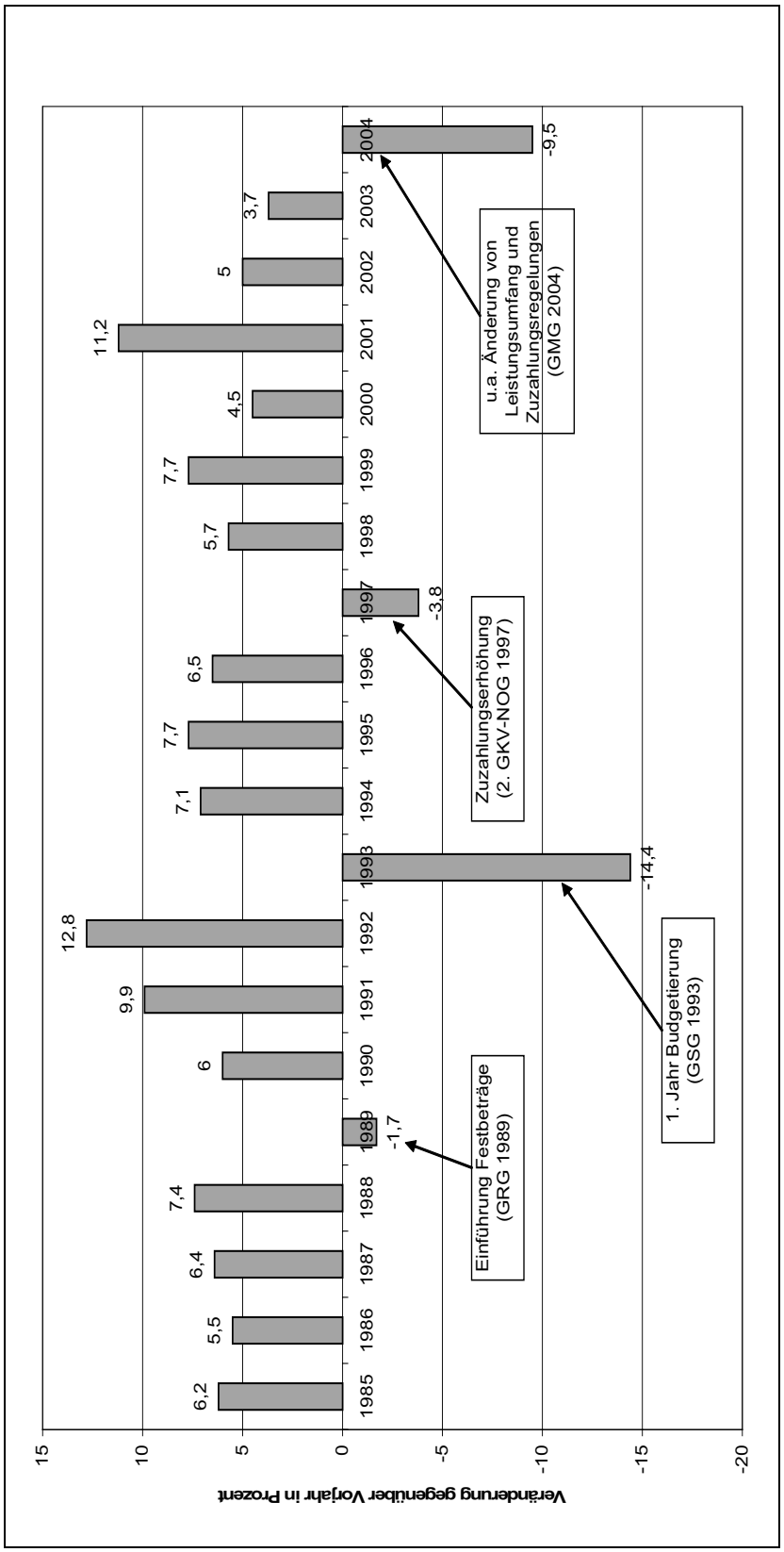
Jahr Behandlungs-arten[a]	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003[b]
Behandlung durch Ärzte	*17,4*	*16,7*	*17,5*	*17,0*	*16,8*	*16,6*	*17,3*	*17,3*	*17,2*	*17,1*	*16,8*	*17,4*	*16,8*
Behandlung durch Zahnärzte	*6,2*	*6,3*	*6,4*	*6,2*	*6,0*	*6,3*	*6,4*	*6,5*	*6,2*	*6,1*	*6,1*	*5,9*	*5,9*
Stationäre Behandlung	*33,8*	*33,1*	*35,2*	*35,2*	*34,8*	*34,2*	*35,8*	*36,3*	*35,5*	*35,4*	*34,4*	*34,4*	*34,5*
Arzneimittel	*16,5*	*16,3*	*13,9*	*13,7*	*14,0*	*14,4*	*14,2*	*14,8*	*15,6*	*16,0*	*17,1*	*17,5*	*17,8*
Heil- und Hilfsmittel	*5,4*	*5,6*	*5,5*	*5,8*	*6,0*	*6,4*	*6,1*	*6,3*	*6,2*	*6,3*	*6,2*	*6,5*	*7,7*
Zahnersatz	*3,9*	*4,8*	*3,0*	*3,2*	*3,2*	*3,5*	*3,6*	*2,5*	*2,7*	*2,8*	*2,8*	*2,6*	*2,8*

[a] Jeweilige Ausgaben in Prozent der gesamten Ausgaben für Leistungen.
[b] Vorläufige Ergebnisse nach der Vierteljahresstatistik des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung.

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2004

Abbildung 32

Veränderung der GKV-Arzneimittelausgaben je Mitglied gegenüber dem Vorjahr (in Prozent)



Angaben für 2004: Vorläufiges Rechnungsergebnis 1.–4. Quartal 2004.
Bis 1991 nur alte Bundesländer, ab 1992 alte und neue Bundesländer.
Quelle: Häussler, B. et al. (2002); GKV-Statistik BMGS; eigene Berechnungen

Effektivität der Arzneimitteltherapie und damit auch noch keine normative Bewertung eines zunehmenden Ausgabenanteils für Arzneimittel. Gleichwohl gehen mit einem zunehmenden Anteil der Arzneimittelausgaben steigende Opportunitätskosten innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens einher, die eine eingehendere Analyse dieser ausgabenintensiven Behandlungsart nahe legen.

768. Das Beitragssatzsicherungsgesetz, das zum 1. Januar 2003 in Kraft trat, führte neben erhöhten Rabatten durch die Apotheken auch zu Nachlässen beim pharmazeutischen Großhandel und bei den Herstellern. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz erhöhte sich ab dem 1. Januar 2004 der Herstellerrabatt auf nicht festbetragsgeregelte Arzneimittel (statt 6 % 16 % Rabatt im Jahr 2004). Nicht verschreibungspflichtige Medikamente wurden (abgesehen von einigen Ausnahmen) von der Verordnungsfähigkeit ausgeschlossen, die Zuzahlungen für Patienten stiegen und die Härtefallregelungen wurden verschärft. In der Folge deutet sich für 2004 ein Ausgabenrückgang an (vgl. Nink, K. u. Schröder, H. 2004g). Nach den aktuell vorliegenden Zahlen musste die GKV von Januar bis Oktober 2004 2,1 Mrd. € weniger für Arzneimittel aus Apotheken ausgeben als im Vorjahreszeitraum (vgl. Klauber, J. u. Selke, G.W. 2005).[150] Diese Entlastung der GKV ging jedoch zumindest in Teilen zu Lasten der Versicherten, die nun einen größeren Anteil an den Arzneimittelausgaben tragen. Industrie und Apotheken mussten deutliche Absatzverluste bei den nicht rezeptpflichtigen Arzneimitteln hinnehmen.

Für das Jahr 2005 gibt es Anhaltspunkte für einen erneuten Anstieg der Arzneimittelausgaben der GKV. Der Herstellerrabatt sinkt wieder auf 6 %, und aufgrund des Auslaufens eines zweijährigen Preismoratoriums sind steigende Arzneimittelpreise zu erwarten. Die sinkenden Verordnungszahlen im Jahr 2004 führen nach § 130 Abs. 1a SGB V möglicherweise dazu, dass die Apotheken den Kassen für verschreibungspflichtige Medikamente im Jahr 2005 einen niedrigeren Abschlag zahlen.[151] Die vermehrte Verordnung neuer und teurer Präparate (Veränderung der Strukturkomponente, s. u.) hält darüber hinaus weiterhin an. Diese Effekte werden nicht durch das Ausschöpfen von Einsparpotenzialen, beispielsweise durch neue Festbetragsgruppen, kompensiert werden können (vgl. Nink, K. u. Schröder, H. 2004g).

769. Die Ausgaben für verordnete Arzneimittel unterscheiden sich nach der Analyse einer Ersatzkasse deutlich zwischen den einzelnen KV-Bereichen[152] (Abbildung 33). Besonders auffällig ist, dass im Jahr 2003 im Bereich der KV-Nordbaden fast doppelt so viel für umstrittene Arzneimittel ausgegeben wurde wie im Bundesdurchschnitt. Die bayerischen Kassenärzte verordneten immerhin ca. 50 % mehr dieser umstrittenen Medikamente als der bundesweite Durchschnitt (Glaeske, G. und Janhsen, K. 2004 bzw. www.gamsi.de). Regionale Variationen von Versorgungsgewohnheiten werden international zwar häufig beschrieben (z. B. zahlreiche Beispiele im Gutachten 2000/2001, Bände III.1 bis III.3) und sind deshalb auch für Deutschland keine überraschende Erkenntnis, sie lassen sich aber nur unzureichend über Unterschiede im Anteil der Umlandversorgung, in der Alters-, Geschlechts- und sozioökonomischen Struktur der Versichertenpopulationen erklären (vgl. Bohm, S. et al. 2002; Schröder, H. und Nink, K. 2002). Die internationale Erfahrung bestätigt, dass sowohl bei klein- als auch großräumiger Betrachtung Praxisvariationen nicht allein durch den *‚case mix‘,* also Merkmale der betreuten Patienten, erklärt werden können (vgl. Bradley, C.P. 1991). Gleichwohl verpflichtet das gesetzliche Gebot der wirtschaftlichen Leistungserbringung dazu, die Ursachen dieser Varianz zu ergründen, das Ausmaß ineffizienter Mittelverwendung näher zu bestimmen und die vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen.

7.2.4 Rationalisierungsmöglichkeiten in der Arzneimitteltherapie

770. In der Arzneimittelversorgung liegt ein Rationalisierungspotenzial vor, wenn Medikamente

- keine Wirksamkeit besitzen,
- eine geringere Wirksamkeit aufweisen als Präparate mit gleichen oder niedrigeren Preisen und
- keine höhere Wirksamkeit entfalten als preiswertere Arzneimittel (vgl. Wille E. u. Albring, M. 2002).

So sieht der Arzneiverordnungs-Report für die GKV ein Einsparpotenzial bei in ihrer Wirksamkeit umstrittenen Arzneimitteln sowie bei Substitutionen durch generikafähige Wirkstoffe und beim Ersatz von Analogpräparaten durch preiswertere Medikamente mit gleicher oder ähnlicher Wirksamkeit. Wie Tabelle 78 zusammenfasst, beziffert er für das Jahr 2003 dieses Einsparpotenzial insgesamt auf über 4,4 Mrd. €, was 18,6 % der gesamten Arzneimittelausgaben in der GKV entspricht.

771. Der Arzneiverordnungs-Report bezeichnet als umstrittene Arzneimittel Wirkstoffe oder Fertigarzneimittel, „deren therapeutische Wirksamkeit nicht oder nicht in ausreichendem Maß durch kontrollierte klinische Studien nachgewiesen worden ist“ (Schwabe, U. 2004b, S. 898). Da ein Teil dieser umstrittenen Arzneimittel durch wirksame Präparate ersetzt werden sollte, handelt es sich bei diesem Einsparpotenzial um Differenzbeträge. Wie Abbildung 34 illustriert, nahmen die Umsätze von umstrittenen Arzneimitteln zwischen 1992 und 2003 von 5,1 Mrd. € auf 1,8 Mrd. € ab. U. Schwabe (2004b, S. 910) sieht in dieser Entwicklung einen „bemerkenswerte(n)

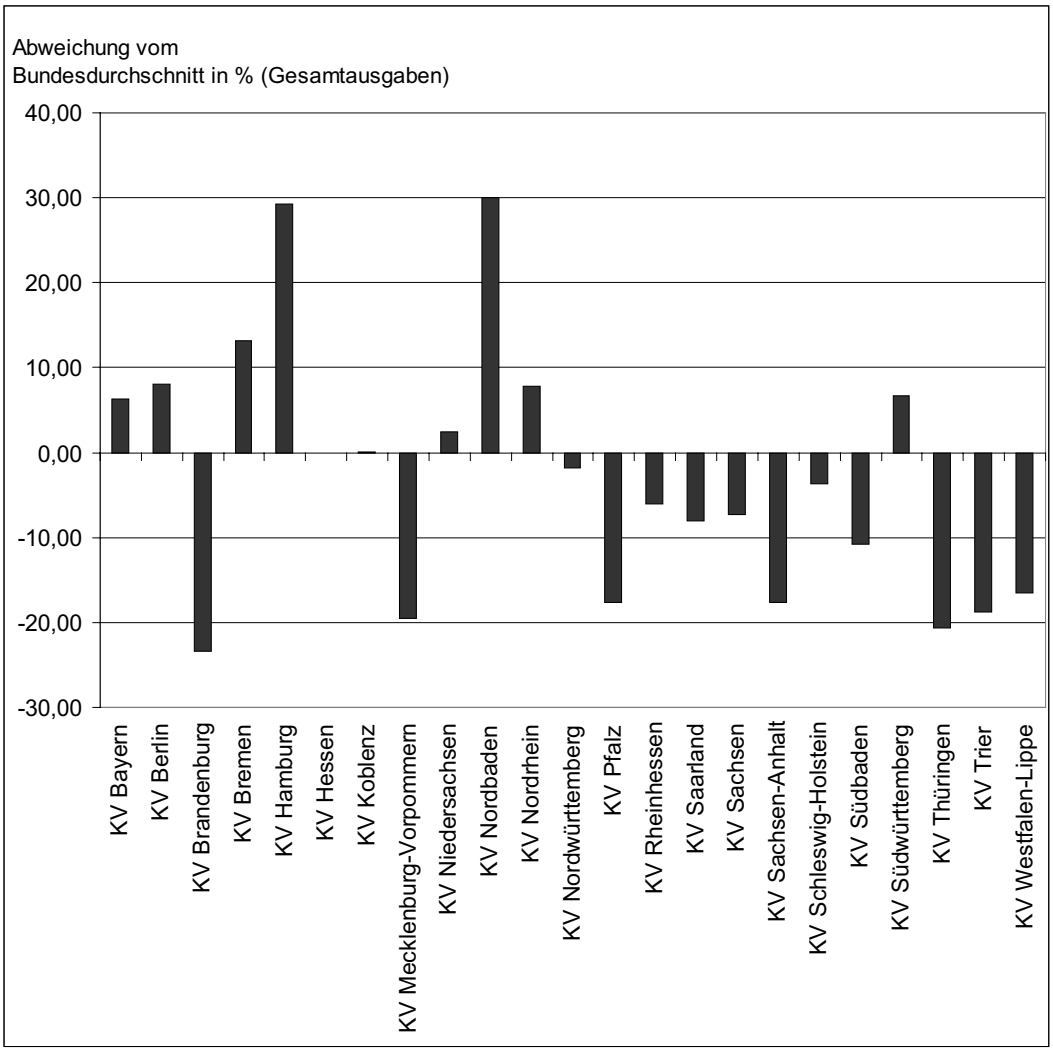
[150] Nach Angaben des Deutschen Apothekerverbandes bezahlte die GKV im Jahr 2004 insgesamt 2,5 Mrd. € weniger für Medikamente als im Vorjahr (vgl. ABDA 2005).

[151] Der Grund dafür liegt in der Umstellung des Apothekenabschlags im Zuge des GMG analog zur Apothekenvergütung von einem prozentualen zu einem Abschlag pro Packung. Durch eine Anpassung des Abschlags im Jahr 2005 sind Vergütungsverluste der Apotheken auszugleichen, die sich aus einer Abweichung der Zahl der abgegebenen Packungen verschreibungspflichtiger Arzneimittel im Jahr 2004 gegenüber dem Jahr 2002 ergeben.

[152] Ähnliche Unterschiede finden sich auch in anderen Ländern, z. B. zwischen verschiedenen kanadischen Provinzen (Morgan, S. 2004).

Abbildung 33

Varianz der Arzneimittelausgaben nach KV-Regionen, dargestellt am Beispiel einer Ersatzkasse im Jahr 2003



Quelle: Glaeske, G. u. Janhsen, K. (2004) bzw. www.gamsi.de

Tabelle 78

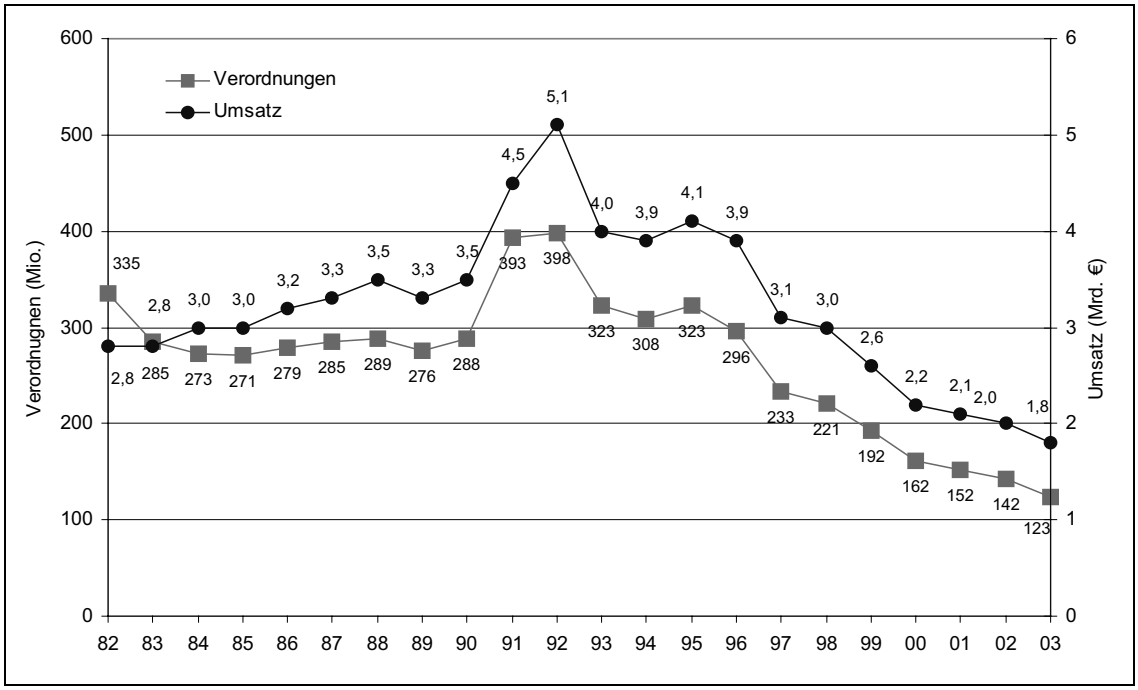
Einsparpotenziale nach dem Arzneiverordnungs-Report (Mrd. €)

Jahr / Gruppe	2001	2002	2003
Umstrittene Arzneimittel	1,197	1,141	1,019
Generikafähige Wirkstoffe	1,517	1,426	1,455
Analogpräparate	1,481	1,494	2,004
Einsparpotenzial insgesamt	4,195	4,061	4,478
Anteil des Einsparpotenzials an GKV-Arzneimittel-ausgaben (in %)	19,7	17,9	18,6

Quelle: Schwabe, U. (2004b), Schwabe, U. (2004c)

Abbildung 34

Entwicklung von Verordnungen und Umsatz umstrittener Arzneimittel



Ab 1991 mit den neuen Bundesländern.
Quelle: Schwabe, U. (2004b); Schwabe, U. (2004c)

Beitrag der Vertragsärzte zur Ausschöpfung von Rationalisierungsreserven im System“. Das Einsparpotenzial dürfte in den kommenden Jahren auch insofern noch weiter abnehmen, als zum 30 Juni 2003 die Zulassung von ca. 5 000 Präparaten erlosch und eine weitere Verordnung damit ausgeschlossen ist. Die betreffenden Firmen verzichteten bei diesen Medikamenten, die sich bereits vor 1978 ohne Nachweis ihrer Wirksamkeit auf dem Markt befanden, darauf, eine (Nach-)Zulassung zu beantragen (siehe auch BPI 2003).

772. Im Unterschied zum Einsparpotenzial bei den umstrittenen Arzneimitteln erfolgt bei der Substitution durch generikafähige Wirkstoffe – ebenso wie beim Ersatz von teuren Analogpräparaten – ein permanenter Zufluss von Rationalisierungsmöglichkeiten (vgl. Wille, E. 2004). Sofern der Patentschutz von umsatzstarken Arzneimitteln ausläuft, kann das Einsparpotenzial durch die Generikasubstitution, wie in den Jahren 1999 und 2000 geschehen, auch dann zunehmen, wenn die Ärzte verstärkt Zweitanmelderpräparate verordnen (vgl. Gutachten 2000/2001). Die Veränderung des Einsparpotenzials im generikafähigen Markt lässt insofern für sich betrachtet noch keine Aussagen über die Effizienz der Arzneimittelversorgung zu.

Wie Tabelle 79 zeigt, stieg der Anteil der Generikapräparate nach Verordnungen und Umsatz sowohl im generikafähigen als auch im GKV-Gesamtmarkt von 1987 bis 2003 stark an.[153] Deutschland besitzt mit knapp 68 % im generikafähigen und über 30 % im GKV-Gesamtmarkt die wohl höchsten Marktanteile von Generikapräparaten weltweit (siehe auch Mossialos, E. 2003 sowie Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2003). Da die Preise von Originalpräparaten im Durchschnitt über jenen von Generika liegen, unterschreiten die jeweiligen Anteile nach Umsatz mit 67,5 % bzw. 30,3 % jene nach Verordnungen mit 75,3 % bzw. 54,1 %. Im generikafähigen Markt nahm diese Differenz allerdings im Beobachtungszeitraum von 14,3 Prozentpunkten (1987) auf 7,8 Prozentpunkte (2003) ab. Der Unterschied zwischen den Anteilen nach Umsatz und Verordnungen der Generika reduziert sich damit von 45,5 % (1987) auf 11,6 % (2003). Die Abnahme dieser Differenz impliziert, dass sich die Preise von patentfreien Originalpräparaten und Generika zunehmend angleichen. Anders verhält es sich seit 1999 im GKV-Gesamtmarkt, denn hier stehen zunehmenden Anteilen der Generika nach Verordnungen tendenziell abnehmende Quoten nach Umsatz gegenüber. Dies geht auf den Markteintritt von sehr teuren patentgeschützten Medikamenten zurück (ähnlich Schwabe, U. 2004c).

[153] Diese Anteile der Generika erlauben nur mit Einschränkungen Vergleiche mit den Vorjahren, da sich Anzahl und Art der zugrunde liegenden Wirkstoffe von Jahr zu Jahr ändert (siehe auch Gutachten 2000/2001).

Tabelle 79

Anteil der Generikapräparate am generikafähigen und am GKV-Gesamtmarkt

Jahr	Anzahl der Wirkstoffe	generikafähiger Markt		Gesamtmarkt GKV-Rezepte	
		Anteil nach Verordnungen in vH	Anteil nach Umsatz in vH	Anteil nach Verordnungen in vH	Anteil nach Umsatz in vH
1987	*256*	*45,7*	*31,4*	*17,2*	*13,2*
1988	*281*	*50,4*	*39,7*	*20,4*	*15,3*
1989	*290*	*53,2*	*42,4*	*21,9*	*16,3*
1990	*306*	*55,5*	*44,9*	*23,8*	*17,0*
1991	*307*	*57,5*	*48,1*	*26,6*	*18,9*
1992	*299*	*58,3*	*48,5*	*29,4*	*22,1*
1993	*319*	*67,5*	*59,4*	*38,0*	*30,8*
1994	*328*	*64,5*	*54,7*	*36,3*	*28,2*
1995	*343*	*66,3*	*58,4*	*38,6*	*29,8*
1996	*338*	*66,8*	*61,0*	*38,2*	*30,0*
1997	*338*	*68,8*	*63,8*	*40,3*	*30,4*
1998	*334*	*68,7*	*63,2*	*39,3*	*27,3*
1999	*403*	*70,4*	*64,3*	*46,4*	*31,8*
2000	*420*	*72,0*	*64,0*	*49,0*	*31,7*
2001	*425*	*72,9*	*66,4*	*49,9*	*30,9*
2002	*460*	*75,3*	*68,3*	*52,2*	*29,9*
2003	*466*	*75,3*	*67,5*	*54,1*	*30,3*

Quelle: Zusammengestellt aus Schwabe, U. und Paffrath, D. (Hrsg.), Arzneiverordnungs-Report 1987–2004

773. Analogpräparate enthalten als patentfähige Substanzen neue Wirkstoffmoleküle mit im Vergleich zu bereits bekannten Arzneimitteln analogen pharmakologischen und klinischen Wirkungen. Diese chemischen Innovationen können wegen verbesserter Pharmakokinetik und/oder verminderter unerwünschter Arzneimittelwirkungen mit therapeutischen Vorzügen einhergehen,[154] besitzen jedoch zumeist keine relevanten therapeutischen Vorzüge gegenüber bereits eingeführten Wirkstoffen. Da die Gruppe der Analogpräparate in den letzten Jahren weiter anstieg, kommt ihr für die Ausschöpfung von Rationalisierungspotenzialen künftig eine größere Bedeutung zu, als die bisher bereits stärker genutzten Einsparmöglichkeiten bei der Substitution durch Generika (vgl. Schwabe, U. 2004b; Schwabe, U. 2004c). Analogpräparate bieten aber nicht per se einen Ansatzpunkt für Rationalisierungsmaßnahmen. Sie können, wenn sie preisgünstiger als das ursprüngliche Innovationsprodukt sind, im Wettbewerb mit diesem Preissenkungsprozesse auslösen. Unter Rationalisierungsaspekten kommt es darauf an, ob das jeweilige Analogpräparat mit teureren oder preiswerteren Medikamenten mit ähnlichen oder gleichartigen Wirkungen konkurriert.[155]

774. Die zentrale Einflussgröße des Wachstums der Arzneimittelausgaben in der GKV, nämlich die so genannte Strukturkomponente, geht zumindest teilweise auf die Verschreibung von teuren Analogpräparaten zurück. Wie Abbildung 35 veranschaulicht, entwickelten sich in den letzten zehn Jahren die Ausgaben der GKV für Arzneimittel und die entsprechenden Verordnungen ge-

[154] So stehen z. B. statt der Erstpräparate einige Analogpräparate auf der *‚essential drug list‘* der WHO (vgl. VFA. 2004b).

[155] Analogpräparate ohne relevanten therapeutischen Zusatznutzen, die mit preiswerteren Medikamenten konkurrieren und daher keinen preissenkenden Effekt auslösen, werden häufig abwertend *‚Me-too*-Präparate‘ genannt.

genläufig, d. h. die Ärzte verordnen zunehmend zwar weniger, dafür aber teurere Arzneimittel. Die Arzneimittelausgaben der GKV nahmen, wie Tabelle 80 belegt, im Zeitraum von 1994 bis 2003 mit Ausnahme des Jahres 1997 ständig zu, wobei die Wachstumsraten zwischen 2,8 % und 10,4 % lagen. Trotz dieses Ausgabenwachstums ging die Zahl der Verordnungen in diesem Zeitraum überwiegend, d. h. mit Ausnahme der Jahre 1995 und 2002, deutlich zurück und der Arzneimittelpreisindex weist nur geringfügige Schwankungen auf. Dabei entwickelten sich die Arzneimittelpreise in den beiden zentralen Teilmärkten allerdings unterschiedlich. Während sie im Festbetragssegment spürbar zurückgingen, stiegen sie im Nichtfestbetragssegment, das vor allem die patentgeschützten Präparate umfasst, spürbar an – wenn auch hier geringer als die allgemeine Inflationsrate.[156]

Das Wachstum der Arzneimittelausgaben ging somit zum weit überwiegenden Teil auf die Strukturkomponente zurück, die sich aus dem Inter- und Intramedikamenteneffekt zusammensetzt. Der Intermedikamenteneffekt erfasst Umsatzveränderungen, die aus einem Wechsel zu anderen Arzneimitteln resultieren, der Intramedikamenteneffekt zeigt entsprechende Veränderungen an, die bei identischen Arzneimitteln aus einem Wechsel zu anderen Packungsgrößen, Darreichungsformen und Wirkungsstärken erwachsen. Dabei dominierte in den letzten Jahren eindeutig der Intermedikamenteneffekt, d. h. vorwiegend bzw. per saldo die Substitution von älteren Arzneimitteln durch neue Präparate mit höheren Preisen.

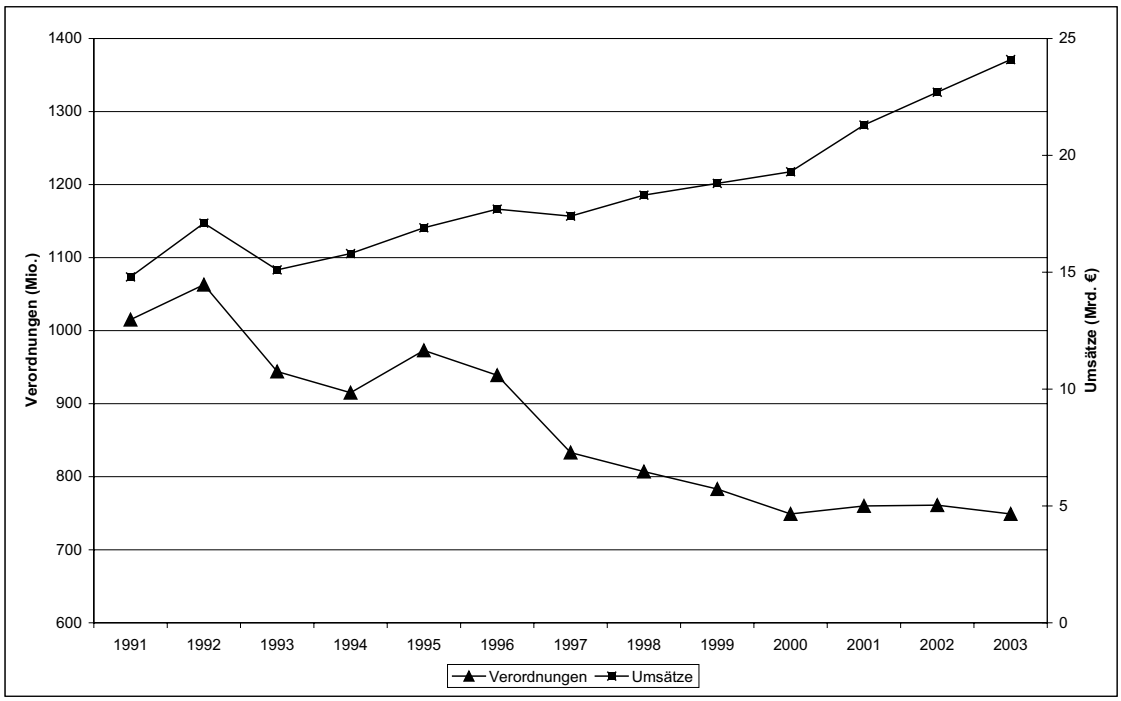
Der Rückgang der Verordnungszahlen und der positive Intermedikamenteneffekt deuten darauf hin, dass im Arzneimittelbereich – anders als z. B. in der medizinischen Diagnostik – neue und teurere Präparate nicht zu den etablierten Medikamenten zusätzlich hinzutreten, sondern diese verdrängen. Der Intermedikamenteneffekt misst bei positivem Vorzeichen sowohl Substitutionen von Präparaten mit niedrigeren Preisen durch teurere Arzneimittelinnovationen mit therapeutischer Relevanz[157] als auch den Ersatz von preiswerteren Medikamenten durch höherpreisige Analogpräparate, die häufig keinen zusätzlichen therapeutischen Nutzen stiften. Sofern Arzneimittelinnovationen einen größeren therapeutischen Nutzen aufweisen als bisher verfügbare Präparate, erhöhen sie über eine Verbesserung der Effektivität der Behandlung

[156] Die mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) in Kraft getretene Änderung der Arzneimittelpreisverordnung, die sich stärker an der abgegebenen Menge als wie bisher am Umsatz orientiert, führte dazu, dass die Distributionskosten für höherpreisige Medikamente ab- und die für minderpreisige zunahmen (vgl. auch BPI 2004). Für einen Vergleich der Preisentwicklung im Festbetrags- und Nicht-Festbetragssegment stellt die Änderung der Arzneimittelpreisverordnung somit einen Strukturbruch dar.

[157] Die Ergebnisse der Studie von Wille, E. et al. (2003) deuten ebenfalls darauf hin, dass es sich bei der Innovationskomponente um eine Teilmenge des Intermedikamenteneffektes handelt. Es besteht im Hinblick auf die Entwicklung dieser beiden Komponenten allerdings kein eindeutiger Zusammenhang.

Abbildung 35

Entwicklung von Verordnungen und Ausgaben (GKV-Fertigarzneimittelmarkt)



Quelle: Schwabe, U. (2004c)

Tabelle 80

Komponenten des Wachstums der GKV-Arzneimittelausgaben von 1987 bis 2002

Komponenten[a] / Jahr	Umsatzentwicklung	Zahl der Verordnungen	Preise	Strukturkomponente		
				Insgesamt	Intermedikamenteneffekt	Intramedikamenteneffekt
1987	6,8	3,7	0,7	2,3	0,4	1,9
1988	8,5	4,1	1,4	2,7	0,8	1,9
1989	0,8	– 3,5	1,0	2,9	0,0	2,9
1990	6,5	5,3	– 0,1	1,3	– 0,4	1,7
1991	10,8	3,8	1,5	5,1	2,5	2,7
1992	9,8	3,2	2,0	4,3	1,8	2,5
1993	– 12,0	– 11,2	– 3,6	2,7	0,9	1,9
1994	4,6	– 3,1	– 1,2	9,0	5,4	3,4
1995	7,1	6,3	0,2	0,7	– 0,7	1,5
1996	4,8	– 3,5	0,0	8,7	6,7	1,9
1997	– 1,7	– 11,3	– 0,8	11,3	8,2	2,8
1998	4,8	– 3,2	0,2	8,1	5,6	2,3
1999	2,9	– 3,0	0,6	5,6	4,2	1,4
2000	2,8	– 4,3	0,7	6,7	6,4	0,3
2001	10,4	– 1,0	1,0	10,4	8,6	1,6
2002	6,5	0,2	– 0,3	6,6	5,4	1,1
2003	6,3	– 1,6	– 0,6	9,1	6,5	2,4

[a] Veränderungen im Vergleich zum Vorjahr in Prozent.
Quelle: Zusammengestellt aus Schwabe, U. und Paffrath, D. (Hrsg.), Arzneiverordnungs-Report 1987 bis 2004

auch die Wohlfahrt der Patienten (vgl. Wille, E. et al. 1994). Handelt es sich jedoch um Medikamente ohne relevante Vorteile (Analogpräparate), die an die Stelle preiswerterer Alternativen treten, liegt eine ineffiziente Ressourcenallokation vor, d. h. die Strukturkomponente spiegelt dann verdeckte Preissteigerungen wider (vgl. ausführliche Darstellung im Addendum zum Gutachten 2000/2001).

775. In diesem Kontext zielt eine Nutzenmessung und -bewertung der patentgeschützten Präparate darauf ab, bei Analogpräparaten eine Erstattungsobergrenze für die GKV in Form eines Festbetrages einzuführen. Patentgeschützte Arzneimittel mit unstrittiger therapeutischer Relevanz bleiben hiervon ausgenommen. Eine solche ‚vierte Hürde', die neben der – im Rahmen der Zulassung durchgeführten – Überprüfung von Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit eines Arzneimittels zusätzlich die Analyse seiner Kosten-Effektivität vorsieht, verstößt nicht gegen marktwirtschaftliche Prinzipien, denn mit der fehlenden Preissensibilität der Nachfrage[158] liegen die Voraussetzungen einer effizienten marktwirtschaftlichen Koordination hier gar nicht vor (siehe u. a. Gutachten 2000/2001; Wille, E. 2002 und die Beiträge in Association Internationale de la Mutualité 2003; Sterzel, A. 2002).

[158] Wegen einer weitgehenden Vollversicherung sehen sich die Konsumenten von Arzneimitteln nicht gezwungen, ihre Zahlungsbereitschaft und damit auch ihre individuelle Nutzenschätzung zu offenbaren. Marktwirtschaftliche Bedingungen existieren insofern nur im Bereich der Selbstmedikation.

Exkurs: Mangelnder Preiswettbewerb bei Statinen

776. Statine sind eine der erfolgreichsten medikamentösen Substanzklassen der letzten 30 Jahre. Das erste Patent für Lovastatin wurde 1987 vergeben; mehrere Analogpräparate folgten (Pravastatin, Simvastatin, Atorvastatin, Fluvastatin, Cerivastatin). Nach der Rücknahme von Lipobay® (Cerivastatin) durch Bayer wurden Studien zu noch höheren Dosierungsstufen abgebrochen, da sie den wesentlichen Schutzeffekt nicht erhöhten, jedoch ein höheres Risiko für degenerative Muskelerkrankungen (Myopathie) zur Folge hatten.

Neben der nachgewiesenen medizinischen Wirksamkeit in Endpunktstudien konnten Statine auch ökonomisch große Erfolge verzeichnen. Atorvastatin (Sortis®) erzielte in 2002 einen Umsatz von 10 Mrd. US$ und war damit das umsatzstärkste Medikament überhaupt. Für die Ausgabenträger in den verschiedenen nationalen Gesundheitssystemen war der Siegeszug der Statine allerdings mit hohen Kosten verbunden. Während die Herstellungskosten z. B. für eine Tagesdosis Lovastatin in 2002 bei 0,01 € lagen, erhielten die Pharmaunternehmen für eine Statin-Tagesdosis zwischen einem und drei € (vgl. Borgers, D. 2002). Zur Preistransparenz innerhalb der Europäischen Union trägt das Projekt EURO-MED-STAT bei, das mit Hilfe europaweiter Indikatoren ein Benchmarking für Arzneimittelverbrauch und -preise ermöglichen soll. Im EURO-MED-STAT-Ländervergleich zeigte sich, dass im Jahr 2000 Dänemark mit 1,30 € vor Deutschland mit 1,26 € die höchsten Kosten je Tag in der Statintherapie zu tragen hatte. Am günstigsten war eine DDD in den Niederlanden mit 0,80 € erhältlich.

Die hohen Gewinnmargen führten dazu, dass die Hersteller der Originalpräparate den Markteintritt von Generika (Lovastatin ist seit 1999 patentfrei) zu verhindern suchten. Im deutschen Arzneimittelmarkt brachte erst die Einführung der ersten Simvastatingenerika am 15. März 2003 eine breite Substitution innerhalb weniger Monate. Sie erreichten 2003 einen Anteil von 70 % an allen Simvastatinverordnungen. Auch auf das Verordnungsvolumen anderer Statine hatte ihre Markteinführung große Auswirkungen. Sogar Sortis® musste erstmals seit seiner Markteinführung eine Verordnungseinbuße hinnehmen. Die mittleren Kosten je DDD sanken gegenüber 2002 von € 1,18 auf € 0,95. Ein echter Preiswettbewerb war jedoch auch durch die Simvastatingenerika nicht zu beobachten. Während die Originalpräparate 2003 DDD-Kosten zwischen € 0,95 und € 01,87 aufwiesen, kosteten die neun meistverordneten Generika zwischen € 0,46 und € 0,50. Die Differenz zwischen DDD-Herstellerkosten und -Abgabepreis deutet darauf hin, dass für die Hersteller von Generika ein erheblicher Preissetzungsspielraum besteht (vgl. auch die Ausführungen zu Aut-idem und Rabattpolitik).

Ab 1. Januar 2005 sind Generika und Orinialpräparate in einer Festbetragsgruppe zusammengefasst. Bisher bleibt zumindest Pfizer bei seiner bisherigen Preispolitik und lehnt ein Absenken des Preises von Sortis® auf den Festbetrag ab, denn Sortis sei der ‚nachweislich beste Cholesterin-Senker' (Bovensiepen, N. 2004). Die Differenz von durchschnittlich 215 € im Jahr müssen Patienten, die nicht auf ein anderes Präparat ausweichen wollen, in Zukunft selbst zuzahlen – Pfizer will allerdings Patienten, die von der Zuzahlung befreit sind, diesen Betrag erstatten. Weitere Auswirkungen auf den Preiswettbewerb sind noch offen (vgl. Borgers, D. 2002; Nink, K. u. Schröder, H. 2004e; Martens, H. 2004; Klose, G. u. Schwabe, U. 2004).

7.3 Standort und Regulierung des Arzneimittelmarktes

7.3.1 Der Wirtschaftsstandort Deutschland

777. Staatliche Eingriffe auf dem Arzneimittelmarkt lassen sich zwei funktionalen Bereichen zuordnen, deren Ziele nicht immer identisch sind. Einerseits soll durch gesundheitspolitische Maßnahmen die Wohlfahrt der Patienten gefördert werden, andererseits dient Industriepolitik der Steigerung von Wettbewerbsfähigkeit und Innovationen für den Pharmastandort Deutschland. Die Diskussion um Festbetragsgruppen auch für patentgeschützte Präparate illustriert den Zusammenhang beider Bereiche. Durch die Einführung von Festbeträgen für patentgeschützte Präparate, die keine wesentliche therapeutische Verbesserung gegenüber alternativen Medikamenten aufweisen, soll eine kosteneffektivere Pharmakotherapie ermöglicht werden. Gleichzeitig hat diese Maßnahme weitreichende Folgen für die pharmazeutische Industrie, da Anreize zur Entwicklung von Analogpräparaten gesenkt werden.

Während die Ausgabenträger von Arzneimitteln im nationalen Rahmen agieren und vielfach primär Senkungen bei den Arzneimittelausgaben im Blick haben, sehen sich die Hersteller von pharmazeutischen Produkten mit dem europäischen Binnenmarkt und dem Weltmarkt konfrontiert. Interessenkonflikte werden mitunter dadurch verstärkt, dass gesundheitspolitische Entscheidungen oft von Organen der Selbstverwaltung gefällt werden, während Industriepolitik durch den (europäischen oder nationalen) Gesetzgeber betrieben wird.

Den folgenden Ausführungen seien deshalb einige Kennzahlen und industriepolitische Aspekte vorangestellt, die den Pharmastandort Deutschland charakterisieren. Diese Einbettung dient dem Ziel, die Relevanz gesundheitspolitischer Entscheidungen für Innovationsanreize, Wachstum und Beschäftigung in der Pharmaindustrie zu verdeutlichen. Es sei aber schon vorab betont, dass eine qualitativ hochwertige und kosteneffiziente Pharmakotherapie sowie eine prosperierende Pharmaindustrie keineswegs widersprüchliche Ziele darstellen. Insbesondere eine stabile Wettbewerbsordnung und transparente

Kriterien für die Arzneimittelzulassung und -erstattungsfähigkeit machen Investitionen für Pharmaunternehmen planbar und können so zu mehr Innovationen führen, die letztlich den Patienten zu Gute kommen.

778. Die mangelnde Wettbewerbsfähigkeit der europäischen Pharmaindustrie insbesondere gegenüber der Branche in den USA erregte die Aufmerksamkeit der Europäischen Kommission. Die Kommission richtete eine hochrangig besetzte Arbeitsgruppe „Innovation und Bereitstellung von Arzneimitteln" – die so genannte G-10-Arzneimittelgruppe – ein. Nach Vorlage ihres Berichtes reagierte die Kommission im Juli 2003 mit einer Mitteilung mit dem Titel „Die pharmazeutische Industrie Europas zum Wohl der Patienten stärken: was zu tun ist" (KOM(2003) 383). Darin werden zahlreiche Empfehlungen und Maßnahmen zur Umsetzung auf nationaler und europäischer Ebene gegeben. Ein ebenfalls von der Kommission in Auftrag gegebener Bericht zur Wettbewerbsfähigkeit von Arzneimitteln (vgl. Gambardella, A. et al. 2000) stellte fest, dass die relative Schwäche Europas gegenüber den USA in den neunziger Jahren vor allem auf negative Entwicklungen in Deutschland und Italien zurückzuführen war, während die Marktanteile von britischen, französischen und dänischen Firmen stiegen. Während im Jahre 1990 noch 9 % der gesamten Pharmaproduktion in Europa, Japan und den USA aus Deutschland stammten, verringerte sich dieser Anteil bis zum Jahre 2002 auf 6 %. Deutschland rutschte damit als drittgrößter Produzent von Arzneimitteln zu Anfang der neunziger Jahre inzwischen hinter die USA, Japan, Frankreich und das Vereinigte Königreich auf Platz fünf ab (vgl. VFA 2004b).

Neben einer relativ schlechteren Entwicklung der Wettbewerbsfähigkeit des europäischen Pharmamarktes gegenüber dem nordamerikanischen Markt verdient daher auch eine Spreizung innerhalb Europas Beachtung. Diese Entwicklung spiegelt sich auch in Tabelle 81 wider, nach der sechs der zehn weltweit größten Pharmaunternehmen ihren Firmensitz in den USA haben. Das größte deutsche Unternehmen, Boehringer Ingelheim, rangiert auf Rang 14 und erzielte in 2002 ca. 20 % des Umsatzes des größten US-amerikanischen Unternehmens Pfizer. Die meisten – insbesondere die europäischen – der Top-Ten-Unternehmen konnten diese Position jedoch nur aufgrund von Fusionen erreichen oder erhalten. Die Vorgängerfirmen von GlaxoSmithKline waren Glaxo, Wellcome, SmithKline French und Beecham; Aventis[159] entstand aus Hoechst, Rhone-Poulenc, Rorer, Marion, Merrill und Dow; Pfizer beinhaltet Pfizer, Warner-Lambert und Pharmacia, in welchem wiederum Upjohn aufgegangen war (vgl. Danzon, P. et al. 2004). Der Trend zur internationalen Unternehmenskonzentration in der Pharmabranche hält weiter an. Die Folgen sind ambivalent und müssen im Rahmen einer positiven wie normativen Analyse beachtet werden.

779. Diese Feststellungen werfen zum einen die Frage auf, wie Wettbewerbsfähigkeit gemessen werden kann, und zum anderen, wie in einer globalisierten Welt die ‚Standortentscheidung' eines Unternehmens ausfällt, und was diese beeinflusst. Ein ‚global player' ist in seiner Organisationsstruktur nicht an nationale Grenzen gebunden, und in die Entscheidungen über die diversen Standorte gehen steuerliche Gründe, Zugang zu Kapital (Forschungsförderung, Risikokapital), Produktions- und Ver-

[159] Im Jahr 2004 fusionierten Sanofi-Synthelabo (Umsatz in 2002: 9,10 Mrd. US$) und Aventis, wodurch sich der neu entstandene Konzern auf Rang 3 der weltweit größten Pharmaunternehmen schob.

Tabelle 81

Die weltweit größten pharmazeutischen Unternehmen nach Umsatz 2002

Rang	Unternehmen	Firmensitz	Umsatz (Mrd. US$)
1	Pfizer	USA	39,63
2	GlaxoSmithKline	UK	29,82
3	Merck	USA	22,49
4	Johnson & Johnson	USA	19,50
5	Aventis	F	18,99
6	AstraZeneca	UK	18,85
7	Novartis	CH	16,02
8	Bristol-Myers Squibb	USA	14,93
9	Wyeth	USA	12,62
10	Eli Lilly	USA	12,58

Quelle: Pharmaceutical Executive (2004)

triebskosten, das vorhandene Humankapital sowie die rechtliche, technische und soziale Infrastruktur ein. Besondere Aufmerksamkeit verdient aber der Forschungsstandort. Forschung und Entwicklung von Arzneimitteln müssen nicht innerhalb nationaler Grenzen stattfinden, ein attraktiver Forschungsstandort besitzt aber auch in Deutschland hohe Priorität.[160] Die Forschung und Entwicklung neuer Medikamente ist oft mit hoher Wertschöpfung verbunden, sie schafft Beschäftigung und ermöglicht in einem forschungsfreundlichen Umfeld *‚Spillover'*-Effekte in andere Industriezweige.[161] Darüber hinaus kommen neue Arzneimittel trotz der internationalen Ausrichtung der Pharmaindustrie noch immer zuerst dem Heimatmarkt eines Unternehmens zu Gute. Die Bedeutung des Heimatmarktes illustriert Tabelle 82. Deutsche Unternehmen hatten demnach 1998 einen Umsatzanteil am deutschen Arzneimittelmarkt von 45,06 % (1985: 56,6 %), US-amerikanische Firmen sogar 63,32 % (1985: 74,7 %) an ihrem Heimatmarkt. Die Entwicklung der jeweiligen Anteile über die Zeit deutet auf zunehmende internationale Verflechtung hin, da alle Länder (bis auf Japan) in den 1990ern Einbußen in den Umsatzanteilen ihrer nationalen Unternehmen zu verzeichnen hatten. Die relativ große Bedeutung des Heimatmarktes für die heimische Industrie kann jedoch nicht generell als Kriterium für ihre Wettbewerbsfähigkeit, das Entwicklungspotenzial oder gar die therapeutische Qualität in der Arzneimittelversorgung gelten.

780. Bezüglich der Anzahl der neu entwickelten n*ew chemical entities* (NCEs) ließ sich in den neunziger Jahren kein Abfall der europäischen Forschungstätigkeit gegenüber US-amerikanischen Firmen feststellen. Von den 50 umsatzstärksten NCEs im Zeitraum 1985–1989 wurden 17 von Pharmaunternehmen mit Firmensitz in den USA auf den Markt gebracht, 20 von japanischen, drei von schweizerischen Firmen und zehn von Pharmaunternehmen des EU-15 Raumes. Von 1995–1999 wies die gleiche Analyse den USA 24 NCEs, Japan drei, der Schweiz sechs und dem EU-15 Raum 16 NCEs zu. Von deutschen Firmen wurden allerdings in der zweiten Hälfte der achtziger Jahre sieben NCEs auf den Markt gebracht, in den späten neunziger Jahren nur vier. Auch diese Zahlen belegen ein relativ schlechteres Abschneiden der deutschen Pharmabranche gegenüber dem europäischen Ausland.

Eine Betrachtung der Anteile des Umsatzes, der von diesen 50 umsatzstärksten NCEs generiert wurde, macht deutlich, dass die europäische Pharmaindustrie gegenüber der US-amerikanischen Industrie verloren hat, und dass innerhalb Europas Deutschland sehr starke Einbußen bei den Umsatzanteilen hinnehmen musste. Im Zeitraum 1985–1989 erzielten US-amerikanische Unternehmen einen Umsatzanteil von 41,49 %, die Pharmabranche des EU-15 Raumes dagegen 18,28 % (Deutschland: 11,75 %). Von 1995 bis 1999 lag der US-amerikanische Anteil bei 69,12 %, der europäische jedoch wiederum bei 18,54 % (Deutschland: 3,33 %). Zudem ist das Produktportfolio europäischer Firmen tendenziell älter als das von US-amerikanischen Unternehmen, was auf Unterschiede in der Forschungstätigkeit der vergangenen Jahre hinweist (vgl. Gambardella, A. et al. 2000).

781. In Deutschland gibt es ca. 500 Hersteller von Arzneimitteln. Dazu kommen noch etwa 300 Biotechnologie-Unternehmen, die sich vornehmlich der Forschung und

[160] So wurde im Jahr 2003 eine Task Force mit Vertretern von Industrie, Gewerkschaft und verschiedener Ministerien eingerichtet, die Vorschläge erarbeiten soll zur Verbesserung der Standortbedingungen und der Innovationsmöglichkeiten der pharmazeutischen Industrie in Deutschland (vgl. Bericht und Aktionsplan der Task Force 2004).

[161] Nach einer Studie des DIW Berlin war im Jahr 2002 die gesamte dem Pharmabereich zugerechnete Wertschöpfung in Deutschland um 76 % höher als die eigene bzw. direkte Wertschöpfung der Branche. Bei den Beschäftigten kam auf einen Beschäftigten in der Pharmabranche nahezu ein weiterer Beschäftigter in anderen Produktionsbereichen. Dessen Beschäftigung entstand indirekt über die durch die Pharmaproduktion ausgelösten Vorleistungsketten (vgl. Weiß, J.-P. et al. 2004).

Tabelle 82

Marktanteile nach Firmensitz 1998 (in Prozent)

Absatzmarkt / Firmensitz	Deutschland	Frankreich	Großbritannien	USA
Heimatmarkt	*45,06*	*36,86*	*24,45*	*63,32*
(Andere) EU-15	*19,67*	*29,25*	*23,75*	*24,58*
Schweiz	*10,36*	*7,76*	*7,26*	*7,84*
USA	*22,13*	*24,03*	*32,13*	
Japan	*1,72*	*1,0*	*0,94*	*1,70*
Andere	*1,06*	*1,1*	*11,47*	*2,56*

Quelle: Gambardella, A. et al. (2000)

Entwicklung von Arzneimitteln widmen und teilweise schon über marktfähige pharmazeutische Produkte verfügen (vgl. BPI 2004). Die deutsche pharmazeutische Industrie weist insofern eine überwiegend mittelständische Branchenstruktur auf, als rund 90 % der Betriebe weniger als 500 Mitarbeiter beschäftigen. Die Unternehmen mit mehr als 1 000 Beschäftigten machen zwar nur 8 % der Betriebe aus, erwirtschaften aber 67 % des gesamten Produktionswertes (vgl. VFA 2004b). Im Außenhandel mit pharmazeutischen Erzeugnissen standen im Jahre 2003 Exporte in Höhe von 21,16 Mrd. € Importe im Wert von 18,42 Mrd. € gegenüber, d. h. es entstand ein Überschuss von gut 3,7 Mrd. €. Während in den Jahren 1998 bis 2001 der Überschuss der Exporte über die Importe zwischen 4,8 Mrd. € und 8,4 Mrd. € lag, folgte 2002 ein Defizit von gut 0,4 Mrd. € (vgl. BPI 2004).

Der Forschungsstandort Deutschland war im Bereich der pharmazeutischen Industrie in den letzten Jahren von sinkender Beschäftigung geprägt. Während 1992 noch 136 039 Beschäftigte in der pharmazeutischen Industrie tätig waren, belief sich diese Zahl (nach einem Tiefpunkt von 113 029 in 1999) im Jahr 2003 auf 118 720 (vgl. BPI 2004).

782. Der gesamte europäische Markt hinkt den Entwicklungen im nordamerikanischen Forschungssektor hinterher. Die forschende Arzneimittelindustrie in den USA brachte eine neue Struktur hervor, die stark von kleinen Biotechnologie-Firmen geprägt ist, die ‚Zuarbeit' in der Forschungstätigkeit für die Großkonzerne leisten. Diese bauen für ihre Forschungstätigkeit auf ein Netzwerk aus Universitäten, privaten und öffentlichen Forschungseinrichtungen und anderen Unternehmen, insbesondere aus der Biotechnologiebranche.[162] Molekularbiologie und Grundlagenforschung in den Bereichen der Gentechnologie, der kombinatorischen Chemie und des *‚highthroughput screening'* liefern Ergebnisse, die über verschiedene Projekte und Forschungszweige hinweg eingesetzt werden können. In den USA hat sich auf diese Weise eine vertikale Spezialisierung in der Pharmabranche entwickelt, wobei ein Industriezweig auf die Erforschung neuer Technologien und Innovationsmöglichkeiten ausgerichtet ist, während der andere Zweig das ‚Ausbeuten' der erfolgreichen Konzepte übernimmt. Sowohl die Erfolgsrate von so genannten ‚in-house developed drug compounds' als auch diejenige gekaufter Lizenzen ist bei US-amerikanischen Konzernen höher als bei europäischen. Dies deutet auf eine effizientere Nutzung des Technologiemarktes hin (vgl. Gambardella, A. et al. 2000).

In Europa wurde der wachstumsstarke innovative Zweig noch nicht in diesem Ausmaß etabliert, stattdessen orientieren sich europäische Konzerne in ihrer Grundlagenforschung in Richtung Nordamerika. Die Branchenstruktur in Deutschland ist allerdings keineswegs ausschließlich von *‚global players'* geprägt. Die kleinen und mittelständischen Unternehmen sind im Allgemeinen nicht in der Lage, Teile der Forschung und Entwicklung oder der Produktion ins Ausland zu verlagern. Sie sind daher in besonderem Maße von regulativen Eingriffen betroffen.

783. Die von der Europäischen Kommission eingerichtete G-10-Arzneimittelgruppe entwikkelte die folgenden Hauptindikatoren für ein Benchmarking der Wettbewerbsfähigkeit der nationalen pharmazeutischen Industrie:

- Risikokapitalinvestitionen in Gesundheit und Biotechnologie,
- staatliche Mittel für Forschung und Entwicklung (FuE) im Gesundheitssektor,
- Marktanteil der in den letzten fünf Jahren eingeführten neuen molekularen Wirkstoffe,
- Marktanteil von Generika,
- Anteil verschreibungsfreier Arzneimittel am Gesamtabsatz,
- Zeitspanne zwischen weltweit erstem Zulassungsantrag und Markteintritt,
- Zeitspanne zwischen Antrag auf Preisfindung und/oder Erstattungsentscheidung und der Erstattung,
- FuE-Aufwendungen im Arzneimittelbereich und deren Produktivität,
- Handelsbilanz der pharmazeutischen Industrie sowie
- Beschäftigte in der pharmazeutischen Industrie.

Bisher war Deutschland weder erfolgreich in der Eindämmung der Ausgabensteigerung im Arzneimittelbereich noch darin, den Forschungsstandort Deutschland attraktiv zu halten. Allerdings sollte die Ausgabensenkung nicht das primäre gesundheitspolitische Ziel darstellen. Das Ziel regulativer Eingriffe im Arzneimittelmarkt sollte auf eine kosteneffiziente, qualitativ hochwertige Pharmakotherapie sowie eine hohe Attraktivität des Forschungsstandorts Deutschland gerichtet sein. Eine transparente und dauerhafte bzw. verlässliche Regulierung des Arzneimittelmarktes trägt wesentlich zur Attraktivität des Standorts Deutschland bei. Pharmazeutische Unternehmen benötigen sinnvolle und stabile Rahmenbedingungen, um ihre FuE-Aufwendungen langfristig planen zu können.

Von den 14 speziellen Empfehlungen der Kommission zur Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit setzen die meisten unmittelbar an den oben aufgelisteten Hauptindikatoren an. Hinzu treten u. a. noch die folgenden Empfehlungen:

- Freier Wettbewerb für Arzneimittel, die nicht vom Staat bzw. einer sozialen Versicherung erstattet werden,
- Entwicklung einer wissenschaftlich unabhängigen Beurteilung von Arzneimitteln auf klinische Wirksamkeit und Kostenwirksamkeit,

[162] Allerdings wird in diesem Zusammenhang vielfach eine Kommerzialisierung der US-amerikanischen akademischen Forschung beklagt. Die universitäre Landschaft in Deutschland ist dagegen von einer Verschlechterung des Forschungsumfelds gekennzeichnet, die sich negativ auf die Qualität der Forschung auswirkt.

– Setzen von Forschungsanreizen für die Entwicklung und Vermarktung von Medikamenten für seltene Leiden und von Kinderarzneimitteln,

– nachvollziehbare Unterscheidung von Werbung und patientengerechten, qualitativen Informationen sowie

– Bereitstellung von Finanzmitteln für Patientenorganisationen zur Vernetzung auf EU-Ebene.

7.3.2 Die Ausweitung von dezentralen Vertragsverhandlungen

784. Die Patentierung von *‚new chemical entities‘* (NCEs) als zentrales Instrument zum Setzen von Innovationsanreizen ist mittlerweile europaweit weitgehend harmonisiert. Preisbildung, Erstattungsfähigkeit und Zuzahlungsregelungen werden aber auf nationaler Ebene festgelegt. In Deutschland zielten die regulativen Eingriffe auf dem Arzneimittelmarkt in den letzten Jahren vorrangig auf eine Beschränkung der Ausgabensteigerungen bei Arzneimitteln in der GKV ab. Sie waren meist nur kurzfristig erfolgreich und konnten keinen nachhaltigen Effekt auf die Ausgabensteigerungen vorweisen. Das langfristige Ziel solcher Eingriffe sollte sich verstärkt an der therapeutischen Wirksamkeit von Arzneimitteln orientieren. Hierzu kann die Weiterentwicklung einer so genannten ‚vierten Hürde’ als Voraussetzung für die Verordnungsfähigkeit eines Arzneimittels im Rahmen der GKV beitragen (vgl. Kapitel 7.9.6). Sie stellt auch eine Voraussetzung für die Bildung von Festbetragsgruppen dar oder kann als Grundlage für vertragliche Vereinbarungen zwischen Kassen, Herstellern und Apotheken dienen. Von solchen Vertragsverhandlungen sind Verbesserungen der Effizienz in der Arzneimittelversorgung zu erwarten. Im stationären Bereich existieren bereits Erfahrungen mit Vertragsverhandlungen, da Krankenhausapotheken gemäß der von der jeweiligen Arzneimittelkommission des Krankenhauses erstellen Medikamentenliste in Preisverhandlungen mit einzelnen Herstellern treten.

785. Im Hinblick auf die ambulante Arzneimittelversorgung sollten verstärkt Vertragsverhandlungen zwischen Herstellern und Kassen stattfinden. Nach § 130a Abs. 8 SGB V können Krankenkassen oder ihre Verbände mit pharmazeutischen Unternehmen zusätzlich zu den gesetzlich vorgesehenen Abschlägen nach § 130a Abs. 1 u. 2 SGB V Rabatte für die zu ihren Lasten abgegebenen Arzneimittel vereinbaren. Die Möglichkeit von Vertragsverhandlungen sollte verstärkt auch für Medikamente im Festbetragssegment genutzt werden, wobei die Festbeträge im Falle des Scheiterns oder Verzichts auf Verhandlungen weiterhin als Erstattungsobergrenze Gültigkeit besitzen. Der behandelnde Arzt verschreibt den zu verabreichenden Wirkstoff, während der Apotheker bei der Abgabe des Arzneimittels dieses entsprechend den Vorgaben der Kasse des jeweiligen Versicherten auswählt. Die ausgehandelten Rabatte werden gemäß den Rezeptabrechnungen von den Herstellern an die Kassen rückvergütet. Da sich die Apothekenabgabepreise nicht unterscheiden, profitiert der Patient nicht durch ggf. geringere prozentuale Zuzahlung, jedoch kann seine Kasse die durch die Verhandlungen erzielten Einsparungen durch Beitragssenkung und/oder Bonusprogramme an die Versicherten weitergeben. Der Spielraum der Hersteller bei der Preissetzung kommt so nicht wie bisher durch entsprechende Rabatte den Apotheken, sondern den Beitragszahlern zugute. Insoweit sie den Spielraum der Preisgestaltung ausloten bzw. ausschöpfen, können Preis- bzw. Rabattverhandlungen zwischen pharmazeutischen Herstellern und Krankenkassen die Aut-idem-Regelung ersetzen.

Die konkrete Ausgestaltung der Verhandlungen kann in unterschiedlichen Varianten erfolgen (vgl. Glaeske, G. et al. 2002; Wasem, J. et al. 2005). Zwei mögliche Varianten sollen im Folgenden vorgestellt werden:

a) Die Auswahl der zu verhandelnden Wirkstoffe für die Vertragsverhandlungen wird den Kassen überlassen. Es muss sichergestellt werden, dass der behandelnde Arzt die Möglichkeit besitzt, auf nicht verhandelte Wirkstoffe auszuweichen bzw. konkrete Präparate zu verordnen, wenn er dies begründet. Auch nicht verhandelte Wirkstoffe werden wie bisher durch die Kasse erstattet, wenn sie im Zuge einer ‚vierten Hürde’ eine positive Nutzen-Kosten-Relation gezeigt haben. Für die Kasse besteht bei diesem Ansatz also weiterhin Kontrahierungszwang für alle in der GKV verordnungsfähigen Präparate. Diese Vorgehensweise bietet sich insbesondere im Rahmen integrierter Versorgung und in Disease Management-Programmen an, da der einzelne Arzt wissen muss, für welche Kasse er bei welchem Wirkstoff bzw. Präparat eine zusätzliche Begründung liefern muss. Flächendeckend ist dies nur mit einer entsprechenden elektronischen Unterstützung bei der Verordnung denkbar, die jedoch laufend aktualisiert werden muss. Diese Variante bietet den Vorteil einer dezentralen Lösung, da einzelne Kassen oder Versorgungsnetze individuell beschließen können, welche Wirkstoffe oder Präparate sie für die Versorgung ihrer Patienten als besonders relevant erachten. Sie ist kurzfristig umsetzbar und ermöglicht das Sammeln von Erfahrungen in Bezug auf die Verordnung von Wirkstoffen und entsprechende Vertragsverhandlungen auf dezentraler Ebene.

b) Die Vertragsverhandlungen können sich auf eine vorgegebene Liste von Wirkstoffen (‚Vertragsliste‘) beschränken. Wirkstoffe außerhalb dieser Liste werden im Allgemeinen nicht von der GKV erstattet. Diese Regelung geht mit einer Lockerung des Kontrahierungszwangs für die Kasse einher. Sie muss nur noch die Verfügbarkeit eines jeden in der Liste genannten verordnungsfähigen Wirkstoffs (bzw. der jeweiligen Wirkstoffgruppe bei Analogpräparaten) in den notwendigen Darreichungsformen und Wirkstärken gewährleisten. Diese Vorgehensweise sollte ebenfalls zunächst im Rahmen integrierter Versorgung erprobt werden, bietet sich jedoch auch zum flächendeckenden Einsatz an, da die Vertragsliste jedem Arzt zumindest in Bezug auf den Wirkstoff fest vorgibt, dass er eine abweichende Verordnung begründen muss. Der Nachteil dieser Variante liegt – bei flächendeckendem Einsatz – in der Notwendigkeit eines ‚bundesweiten‘

Gremiums, das über den Inhalt einer solchen Liste entscheidet und zusätzliche Bürokratie impliziert.

Erste Modelle für Vertragsverhandlungen zwischen Kassen und Herstellern existieren in der Praxis bereits. Das erste bundesweite Hausarzt- und Hausapothekenmodell wurde beispielsweise im Januar 2005 von der Barmer Ersatzkasse eingeführt. Es sieht u. a. Abnahmeverträge mit Pharmaherstellern und den Verzicht auf die freie Arzt- und Apothekenwahl vor. Patientenspezifische Medikationslisten in der Hausapotheke sollen unerwünschte Arzneimittelwechselwirkungen reduzieren. Die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und das Ausschöpfen von Verhandlungsspielraum bei den Arzneimittelpreisen erlauben es, einen Bonus für die eingeschriebenen Patienten sowie finanzielle Anreize für die teilnehmenden Hausärzte zu finanzieren. Insbesondere im Rahmen integrierter Versorgung ergeben sich auf diese Weise Einsparpotenziale für Kassen, Versicherte und auch die Pharmahersteller, die Vertriebskosten z. B. durch geringere Werbeausgaben in den Arztpraxen senken können.

786. Als Ergänzung zu den Vertragsverhandlungen zwischen Kassen und Herstellern können auch Verhandlungen zwischen Apotheken oder Apothekengruppen und Kassen hinzutreten. Versandapotheken können beispielsweise den Kassen entsprechende Rabatte anbieten. Alternativ können Apotheken bzw. Apothekenverbünde mit Herstellern in Rabattverhandlungen treten. Ihnen daraus entstehende Vorteile können sie im Rahmen eines Hausapothekenvertrags an die Kassen weitergeben.

Grundsätzlich ist in allen Varianten das Funktionieren der Distributionskette über die Apotheken sicherzustellen. Dort müssen die von der jeweiligen Kasse verhandelten und eingekauften Arzneimittel ausgegeben werden. Insbesondere bei kleineren Kassen lassen sich solche Distributionsketten vermutlich nur unter Einbeziehung von Versandapotheken realisieren, wenn diese die verhandelten Arzneimittel zur Behandlung chronischer Krankheiten mit planbarem Arzneimittelkonsum ausliefern.

7.4 Bedeutung des hausärztlichen Sektors

787. Die Hausarztmedizin stellt mit der primärmedizinischen Gesundheitsversorgung einen zentralen Bestandteil unseres Gesundheitswesens dar. Sie trägt wesentlich dazu bei, dass wissenschaftliche Erkenntnisse der so genannten Grundlagenforschung und der klinischen Medizin im Zuge der Diffusion in der Breitenversorgung der Bevölkerung umgesetzt werden. Die (haus)ärztliche Versorgung umfasst nahezu die gesamte Bevölkerung und ist direkt und für jedermann zugänglich. Grundsätzlich schließt sie alle Erkrankungen, insbesondere alle Verlaufsstadien und Schweregrade ein. Im Zuge der Langzeitversorgung werden über lange Zeiträume hin stets gleiche Personen mit wechselnden Gesundheitsproblemen in unterschiedlichen Entwicklungs- und Lebensstadien in derselben Praxis behandelt. Im Gegensatz dazu sieht der Fachspezialist wesentlich mehr unterschiedliche Personen, dafür jedoch ein enger begrenztes Diagnosespektrum mit speziellerer Versorgungsqualität.

Abgesehen von der Behandlung bzw. Weiterleitung akut Erkrankter wird das Versorgungsgeschehen in der Hausarztpraxis von chronischen Krankheiten, insbesondere den großen Volkskrankheiten dominiert. Die hausärztliche Morbidität ist ferner dadurch gekennzeichnet, dass in relativ großem Umfang leichte, d. h. auch leichte Ausprägungsgrade von u. U. schweren Erkrankungen (z. B. Depression) und selbstlimitierende Krankheitsepisoden vorkommen.

788. Allgemeinmediziner und Internisten[163] verschreiben zusammengenommen knapp drei Viertel (73,2 %) aller zu Lasten der GKV verordneten Medikamente in Deutschland (vgl. Abbildung 36).[164] Dies entspricht 72,6 % des Umsatzes im Gesamtmarkt (Nink, K. u. Schröder, H. 2004b). Zur Gruppe der Allgemeinärzte und Internisten rechnet sich ca. die Hälfte der niedergelassenen Ärzte. Ihr Anteil an den Gesamtausgaben ist damit überproportional groß. Bezogen auf die Kosten pro Verordnung verschreiben die Internisten[165] nach den Urologen und Nervenärzten die teuersten Medikamente. Die Allgemeinmediziner liegen hinsichtlich der Kosten pro Verordnung etwas unter dem Durchschnitt aller Ärzte (vgl. Tabelle 83).

Das Spektrum der von Allgemeinmedizinern und Internisten verordneten Medikamente stimmt weitgehend überein (vgl. Tabelle 84). Dies spricht dafür, dass beide Arztgruppen eine hinsichtlich ihrer Morbidität vergleichbare Patientenpopulation betreuen. Die Arzneimittelindikationsgruppen weisen darauf hin, dass hauptsächlich Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, endokrine Störungen (Diabetes mellitus, Schilddrüsenfunktionsstörungen), Erkrankungen des Muskel-Skelett- und des Atmungsystems therapiert werden. Bei der Mehrzahl dieser Behandlungsanlässe dürfte es sich um chronische Erkrankungen handeln. Diese aus den Verordnungsdaten ableitbaren Informationen decken sich beispielsweise mit Daten aus dem ADT-Panel des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung zu den häufigsten Diagnosen in der ambulanten ärztlichen Versorgung (ZI 2004; vgl. Tabelle 85).

---

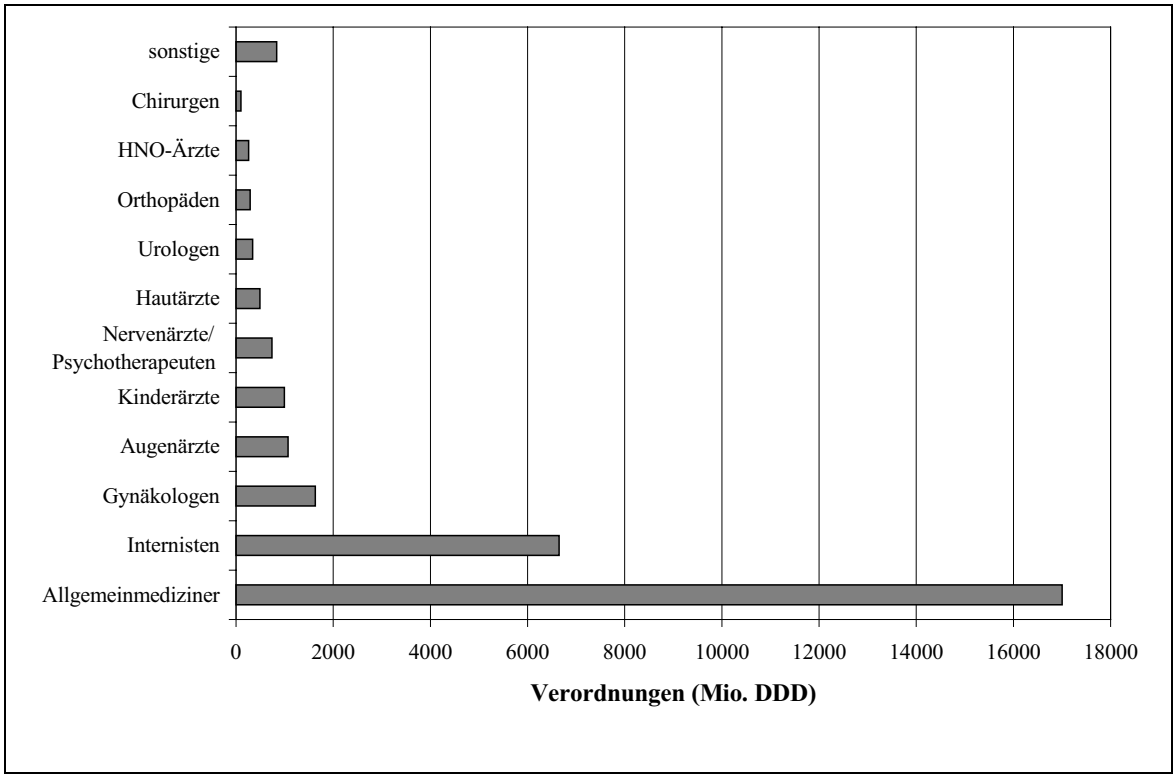
[163] Der gemäß § 300 SGB V von den Apotheken an die Krankenkassen bzw. das WIdO übermittelte Datensatz erlaubt keine Unterscheidung zwischen haus- oder fachärztlich tätigen Internisten bzw. Pädiatern. Daher werden im Folgenden die Daten, die zu den von Allgemeinmedizinern und Internisten veranlassten Verordnungen vorliegen, näherungsweise als ‚hausärztlich' betrachtet.

[164] Verordnungsmengen werden üblicher Weise als „DDD" (*defined daily dose*, definierte Tagesdosis) angegeben. Die DDD ist eine rechnerische Größe, die nicht notwendigerweise mit der in der Hauptindikation empfohlenen, der rezeptierten oder gar der eingenommenen Dosierung übereinstimmt. Aufgrund der unterschiedlichen Dosierungsgewohnheiten ist ein internationaler Vergleich der Kosten einer Tagesdosis auf dieser Grundlage nicht sinnvoll. Anhand dieses standardisierten Bezugspunktes sind jedoch unabhängig von unterschiedlichen Pakkungsgrößen und Darreichungsformen internationale Vergleiche verordneter Arzneimittelmengen möglich. Ist bekannt, für welchen Zeitraum und für wie viele Personen die Arzneimittel verordnet wurden, lässt sich über die Angabe der DDD zumindest grob abschätzen, ob eine Unter- oder Überversorgung vorliegt (ausführliche Darstellung bei Fricke, U. und Günther, J. 2001; vgl. auch WIdO 2003).

[165] Inklusive der rein fachärztlich niedergelassenen Internisten bzw. der Teilbereichsinternisten (z. B. Kardiologen, Gastroenterologen); dies hat Verzerrungen der Kostenstruktur zur Folge.

Abbildung 36

Verordnungen nach Arztgruppen 2003



Quelle: Nink, K. u. Schröder, H. (2004b), teilweise eigene Berechnungen

Tabelle 83

Verordnungen und Umsätze nach Arztgruppen im Jahr 2003

Arztgruppe	Zahl der Ärzte	Verordnungen je Arzt	Umsatz je Arzt (Tsd. €)	Umsatz je Verordnung (€)	Umsatz je DDD (€)
Allgemeinärzte inkl. prakt. Ärzte	44.128	9.281	263	28,38	0,65
Internisten	20.579	6.747	286	42,40	0,83
Gynäkologen	10.911	2.599	75	28,73	0,54
Nervenärzte/Psychotherapeuten	6.290	3.473	265	76,44	2,19
Kinderärzte	6.838	7.171	81	11,30	0,61
Chirurgen	5.618	1.055	21	19,50	1,22
Augenärzte	5.440	3.514	58	16,63	0,31
Orthopäden	5.500	2.390	43	17,80	0,83
HNO-Ärzte	4.190	3.172	44	13,89	0,76
Hautärzte	3.535	5.159	107	20,77	0,82
Urologen	2.857	2.893	218	75,51	1,74
Sonstige	14.677	15.91	117	73,55	1,97
Gesamt	130.563	5.736	185	32,21	0,77

Quelle: Nink, K. u. Schröder, H. (2004b)

Tabelle 84

Arzneiverordnungen von Allgemeinmedizinern und Internisten nach Indikationsgruppen (in DDD je Arzt für 2003)

Indikationsgruppe[a)]	Allgemeinmediziner	Internisten
27 (Beta-, Ca-Blocker, Angiotensin-Hemmstoffe)	67.685	60.239
17 (Antihypertonika)	43.938	38.706
36 (Diuretika)	27.601	26.498
12 (Antidiabetika)	23.515	24.613
5 (Analgetika/Antirheumatika)	23.210	15.765
74 (Schilddrüsentherapeutika)	22.415	18.932
58 (Lipidsenker)	19.784	21.303
79 (Thrombozytenaggregationshemmer)	17.499	15.042
28 (Broncholytika/Antiasthmatika)	15.820	15.255
60 (Magen-Darm-Mittel)	15.131	14.764

Geordnet wurde nach den 10 Indikationsgruppen mit den meisten DDDs bei den Allgemeinmedizinern.
a) Laut Systematik der Roten Liste.
Quelle: Modifiziert nach Nink, K. u. Schröder, H. (2004b)

789. Die Bedeutung des hausärztlichen Sektors für die Arzneimittelversorgung der deutschen Bevölkerung erschließt sich einerseits aus der Zusammenführung der Verordnungs- und Diagnosedaten. Hieraus wird ersichtlich, dass das Gros der Verordnungen und Kosten durch die Behandlung chronischer Erkrankungen und der sogenannten Volkskrankheiten verursacht wird (vgl. auch Gutachten 2000/2001, Band III.1, Kapitel 7). Andererseits leitet sie sich aus der Stellung des Hausarztes im deutschen Versorgungssystem ab. Er ist für viele Menschen – auch ohne formalisierte Hausarztmodelle – der wichtigste professionelle Bezugspunkt für gesundheitsbezogene Entscheidungen. Im Jahr 2002 gaben 93,6 % der älteren und alten Menschen an, einen Hausarzt zu haben, den sie im Regelfall bei gesundheitlichen Problemen zuerst aufsuchten. Dabei stieg der Anteil von 90,6 % in der Altersgruppe der 40- bis 54-Jährigen auf 95,7 % in der Gruppe der 70- bis 85-Jährigen an (vgl. Wurm, S. u. Tesch-Römer, C. 2004). Die institutionelle Verankerung der hausarztzentrierten Versorgung durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (vgl. § 73b SGB V) und die Einführung von Hausarztmodellen durch einige Kassen auf regionaler Ebene stärken die Rolle des Hausarztes nachdrücklich. Die Einführung der Praxisgebühr durch das GMG führte nach ersten Erkenntnissen zu einer ‚Renaissance' der Überweisung und damit ebenfalls zu einer Stärkung des Hausarztes. 47 % der Patienten, die im ersten Quartal 2004 in ärztlicher Behandlung waren, gaben in einer Befragung durch das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) an, dass sie eine Überweisung erhielten. Bei Patienten, die in diesem Zeitraum bei mehreren Vertragsärzten waren, wurden bei 90 % Überweisungen ausgestellt (Zok, K. 2004). Der Hausarzt übt im System der GKV zwar keine explizit steuernde Funktion aus, da die Verordnungs- und Diagnosedaten der Patienten noch nicht bei ihm zusammengeführt werden, das GMG beinhaltet jedoch Ansätze, dies zu fördern. Im Idealfall laufen alle Informationen über die Pharmakotherapie eines Patienten beim Hausarzt zusammen. Nötigenfalls sind sie inklusive der Selbstmedikation regelmäßig gezielt zu erheben. Diese Aufgabe soll zukünftig beispielsweise durch die Einführung der elektronischen Patientenkarte erleichtert werden.

790. Wenngleich die im Folgenden geschilderten Bedingungen nicht durchgängig hausarztspezifisch sind, so beeinflussen sie doch aufgrund der Häufigkeit und des relativ hohen Verordnungsvolumens im Hausarztsektor sowie des gemessen am Fachspezialisten breiteren Versorgungsauftrags das Gesamtresultat des Arzneimitteleinsatzes im ambulanten Sektor in besonderem Maße. Die Bedingungen, unter denen Hausärzte Entscheidungen treffen, sind komplex und in vielerlei Hinsicht durch sachgegebene Unsicherheiten geprägt. Wesentliche Kennzeichen der Entscheidungssituation sind

– das Alter und die damit einher gehende Multimorbidität der hausärztlichen Patienten: 18 % der Bevölkerung sind älter als 65 Jahre; in der Altersgruppe der 40- bis 54-Jährigen gaben 40 % der Befragten des Berliner Alterssurveys in 2002 an, an zwei oder mehr Erkrankungen oder Funktionseinbußen zu leiden, dieser Anteil lag bei den 55- bis 69-Jährigen bei ca. zwei Drittel, bei den 70- bis 85-Jährigen bei ca. 80 % der Befragten. Ungefähr ein Viertel dieser höchsten Altersgruppe gab an, an mindestens fünf Krankheiten zu leiden[166] (vgl. Wurm, S. u. Tesch-Römer, C. 2004);

[166] Dies lässt jedoch noch keine Aussage über Umfang und Intensität einer Behandlungsbedürftigkeit der Erkrankungen zu.

Tabelle 85

Die 15 häufigsten Diagnosen bei Allgemeinmedizinern, hausärztlichen und fachärztlichen Internisten (nach ICD-10)

Allgemeinmediziner		hausärztliche Internisten		fachärztliche Internisten	
I10	essentielle Hypertonie	I10	essentielle Hypertonie	I10	essentielle Hypertonie
E78	Störungen des Lipoprotein-stoffwechsels	E78	Störungen des Lipoprotein-stoffwechsels	I25	chron. ischäm. Herzkrankheit
M54	Rückenschmerzen	I25	chron. ischäm. Herzkrankheit	E78	Störungen des Lipoprotein-stoffwechsels
I25	chron. ischäm. Herzkrankheit	E11	Diabetes mellitus Typ II	E04	sonstige nichttoxische Struma
E11	Diabetes mellitus Typ II	M54	Rückenschmerzen	K29	Gastritis/Duodenitis
E66	Adipositas	E66	Adipositas	I49	sonstige kardiale Arrhythmien
E04	sonstige nichttoxische Struma	E04	sonstige nichttoxische Struma	J30	vasomotorische und allergische Rhinopathie
M53	sonstige Krankheit der Wirbelsäule/Rückens	K76	sonstige Krankheiten der Leber	E11	Diabetes mellitus Typ II
J20	Akute Bronchitis	E79	Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit
K29	Gastritis/Duodenitis	M53	sonstige Krankheit der Wirbelsäule/Rückens	K76	sonstige Krankheiten der Leber
J06	akute Infektion der oberen Atemwege	J44	sonstige chron. obstruktive Lungenkrankheit	K57	Divertikulose des Darmes
I83	Varizen der unteren Extremitäten	I83	Varizen der unteren Extremitäten	J44	sonstige chron. obstruktive Lungenkrankheit
E79	Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	K29	Gastritis/Duodenitis	M54	Rückenschmerzen
K76	sonstige Krankheiten der Leber	K80	Cholelithiasis	J45	Asthma bronchiale
J44	sonstige chron. obstruktive Lungenkrankheit	I50	Herzinsuffizienz	E66	Adipositas

Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des ZI (2004); www.zi-koeln.de

– der direkte Bezug zur Lebensumwelt des Patienten: Gesundheitsfragen der Allgemeinpraxis werden häufig nur verständlich und damit angemessen behandelbar im Kontext der Vorstellungswelt und Lebenssituation des jeweiligen Patienten. Dies trifft zu z. B. für die Auswirkungen bestimmter Behinderungen auf die Erfüllung täglicher Aufgaben, für therapeutische Prioritäten und Zielsetzungen des Patienten, für Änderungen im Lebensstil (z. B. Reisen, Arbeitsplatzwechsel) und für psychosomatische Fragestellungen im engeren Sinne. Der Kontextbezug kommt somit zum Tragen, wenn es um die soziale und individuelle Sinnhaftigkeit einer medizinischen Maßnahme geht, d. h., dass sie vom Patienten als Gesundheitsgewinn in seiner spezifischen Situation erlebt wird (z. B. Prioritätenbildung bei Multimorbidität im hohen Alter). In der Langzeitbetreuung kommen bei der Entscheidungsfindung soziale Kontextfaktoren stärker zum Tragen als in vielen Akutsituationen;

– häufig unzureichend abgesichertes Wissen über die unter den skizzierten Bedingungen beste Behandlungsalternative.

Als problematisch erweist sich in dieser Situation immer wieder das Fehlen zuverlässiger Informationen über die Wirksamkeit von Arzneimitteln und anderer Verfahren unter Alltagsbedingungen z. B. bei multimorbiden alten und hochaltrigen Personen. Häufig werden diese von vornherein von der Teilnahme an Studien ausgeschlossen

oder erfüllen die Einschlusskriterien nicht (Masoudi, F.A. et al. 2003). Außerdem scheiden ältere Probanden u. a. aufgrund von unerwünschten Arzneimittelwirkungen öfter vorzeitig aus wissenschaftlichen Untersuchungen aus als jüngere. Diese Datenlage erschwert sowohl die Generierung als auch die Implementierung evidenzbasierter Leitlinien und anderer Entscheidungshilfen. Leitlinien beziehen sich weit überwiegend auf jeweils eine Diagnose. Krankheitskombinationen mit einem oft erhöhten Potenzial unerwünschter Arzneimittelwirkungen finden bisher nur wenig Berücksichtigung. Der hausärztlichen Pharmakotherapie fehlen also z. T. verordnungsrelevante Informationen und an die Bedingungen der hausärztlichen Praxis adaptierte Leitlinien.

Der Rat hat sich zu den gerade im Bereich der hausärztlichen Medizin existierenden ‚Grauzonen' der Entscheidungsfindung in der Vergangenheit ausführlich geäußert (Gutachten 2000/2001, Band II, Kapitel 2.3.5). Die Arbeitsbedingungen des Hausarztes erfordern ohne Zweifel ein hohes Maß an fachlichem Wissen und Erfahrung sowie die Fähigkeit, in der Interaktion mit dem Patienten tragfähige Behandlungskonzepte für das Erreichen hoher Therapie-Compliance und -Persistence zu erstellen (vgl. Kapitel 7.8.4 sowie Gutachten 2000/2001, Addendum zur Arzneimittelversorgung).

791. Auch bei angemessener Würdigung der erschwerten Arbeitsbedingungen von Hausärzten darf nicht über die vielfältigen Hinweise auf Versorgungsdefizite bei der Verordnung und Anwendung von Arzneimitteln hinweggesehen werden (vgl. z. B. Gutachten 2000/2001, Band III.1 bis III.3; Schwabe, U. u. Paffrath, D. 2004; Glaeske, G. u. Janhsen, K. 2004). Dies illustriert das folgende Beispiel:

Anhand von Daten der HYDRA-(*Hypertension and Diabetes Risk Screening and Awareness*)-Studie, die über 45 000 Patienten (darunter 17 485 Hypertoniker) aus ca. 1 900 hausärztlichen Praxen untersuchte (vgl. Tabelle 86), zeigen Pittrow, D. et al. (2004), dass

– die Mehrheit der hypertensiven Patienten schlecht eingestellt ist – über 70 % haben einen Blutdruck von ≥ 140/90 mmHg, obwohl über 80 % von ihnen mindestens ein Antihypertensivum verordnet bekommen,[167]

– die antihypertensive Therapie häufig erst dann begonnen oder intensiviert wird, wenn es im Grunde für präventive Erfolge bereits zu spät ist – insbesondere bei Älteren und/oder wenn schon Komplikationen oder andere Erkrankungen aufgetreten sind,

– sich zwischen der Auswahl eines bestimmten Präparates und verschiedenen pharmakologisch relevanten Patientenmerkmalen (wie beispielsweise Alter, Geschlecht, Co-Morbiditäten) nur bedingt nachvollziehbare Zusammenhänge erkennen lassen.

Die Autoren der Studie ziehen aus diesen Ergebnissen u. a. den Schluss, dass im hausärztlichen Versorgungsbereich die Begrenzung von Komplikationen und Krankheitsfolgen deren Vermeidung dominiert. Sie versuchen, die relative Uniformität der Therapie, die wenig individuelle Adaptionen erkennen lässt, mit der Trägheit (‚*clinical inertia*') der durch die anhaltenden wissenschaftlichen Kontroversen der letzten Jahre verunsicherten Ärzte zu erklären. Auf weitere wesentliche Einflussfaktoren, wie z. B. unzureichende Fortbildung oder ökonomische und strukturelle Rahmenbedingungen, sei an dieser Stelle verwiesen.

792. Das Rezeptieren eines Arzneimittels ist einerseits eine rational begründbare ärztliche Handlung, andererseits ein sozialer Akt mit rituell-symbolischem Charakter. Die Verordnung eines Medikamentes zielt nicht zwangsläufig allein auf die Vorbeugung, Heilung oder Linderung von Krankheit. Beispielsweise ist der ‚Griff zum Rezeptblock' – auch in seiner modernen Form als Eingabe von Computerbefehlen – eine traditionelle Geste, die eine Konsultation beendet. Die Entscheidung für oder gegen die Verordnung eines Pharmakons wird von Situation und Kontext geprägt. Ärzte selbst nennen in Studien u. a. folgende Aspekte als entscheidungsleitend für die Arzneimittelverordnung (vgl. Bradley, C.P. 1991):

– (Wahrscheinlichkeit der) Wirksamkeit (i. d. R. ‚*efficacy*') bzw. Nutzen für den individuellen Patienten,

– Sicherheit der Anwendung bzw. Profil der unerwünschten Arzneimittelwirkungen und Kontraindikationen,

– Kosten des Medikamentes an sich und Höhe der vom Patienten zu tragenden Kosten,

– Art und Schwere der Erkrankung sowie Grad der erzielten Kontrolle über die Krankheit,

– eigene klinische Erfahrung, eindrucksvolle schwerwiegende Negativerfahrungen in der Vergangenheit (auch lange zurückliegende oder anderer Personen),

– Wünsche, Erwartungen und Forderungen des Patienten,

– Einstellung und Kritik der Kollegen sowie

– eigene Einstellungen, Erwartungen und Konzepte.

793. Bislang ist es jedoch nicht gelungen, ärztliches Arzneiverordnungsverhalten in einem Modell befriedigend abzubilden. Der Entscheidungsprozess lässt sich nur unzureichend als ‚*reasoned action*', als Ergebnis einer

[167] Wie bei der Mehrzahl vergleichbarer Studien lässt sich nicht bestimmen, welcher Anteil der unzureichenden Blutdruckeinstellung auf mangelnde Compliance des Patienten zurückzuführen ist. Jedoch stellen z. B. Schneider, C.A. et al. (2001) fest, dass der Kenntnisstand von Internisten und Allgemeinmedizinern zum Themenkomplex der arteriellen Hypertonie ungenügend ist. Die unzureichende Umsetzung von entsprechenden Leitlinien und Empfehlungen kann zumindest zum Teil für die ungenügende Versorgung von Patienten verantwortlich sein (vgl. auch Gutachten 2000/2001, Band III.2, Kapitel 8.3.3.2).

Tabelle 86

Verordnungen von Antihypertensiva (in Prozent)

Medikament	Teilnehmende Hypertoniker insgesamt (n=17 485)	Frauen > 60 J. (n=6 721)	Männer > 60 J. (n=4 653)	nur Hypertonie (n=9 146)	Hypertonie + Diabetes (n=5 204)	Hypertonie + Nephropathie (n=1 589)	Hypertonie + KHK (n=4 179)
Medikamentöse Behandlung	*83,8*	*k. A.*	*k. A.*	*79,3*	*87,8*	*88,3*	*93,1*
Alpha-Blocker	*2,8*	*4,3*	*2,4*	*2,4*	*3,6*	*4,0*	*3,9*
andere	*4,4*	*4,8*	*4,8*	*3,7*	*4,6*	*5,2*	*5,8*
AT1-Rez.-Antagonist	*14,1*	*14,1*	*14,4*	*14,0*	*14,4*	*15,3*	*14,8*
Ca-Kanal-Blocker	*22,3*	*26,6*	*26,2*	*17,4*	*28,6*	*29,8*	*31,2*
Diuretikum	*31,7*	*36,5*	*38,0*	*23,6*	*41,8*	*42,9*	*45,9*
Beta-Blocker	*36,1*	*35,7*	*33,9*	*34,7*	*34,6*	*39,5*	*43,9*
ACE-Hemmer	*40,8*	*48,4*	*44,3*	*31,4*	*52,4*	*47,5*	*57,0*

Die Summe der Prozentsätze in jeder Spalte übersteigt die Angabe in der ersten Zeile aufgrund von Mehrfachverordnungen.
Quelle: Eigene Darstellung nach Pittrow, D. et al. (2004)

Abwägung zwischen Pro- und Contra-Argumenten, darstellen. Vor diesem Hintergrund greifen Qualitätssicherungskonzepte der Pharmakotherapie, die allein diesen Aspekt der Verordnungen reflektieren oder zu stark auf ökonomische Zielparameter ausgerichtet sind, zu kurz. Colin P. Bradley (1992, S. 457) fasst dies wie folgt zusammen:

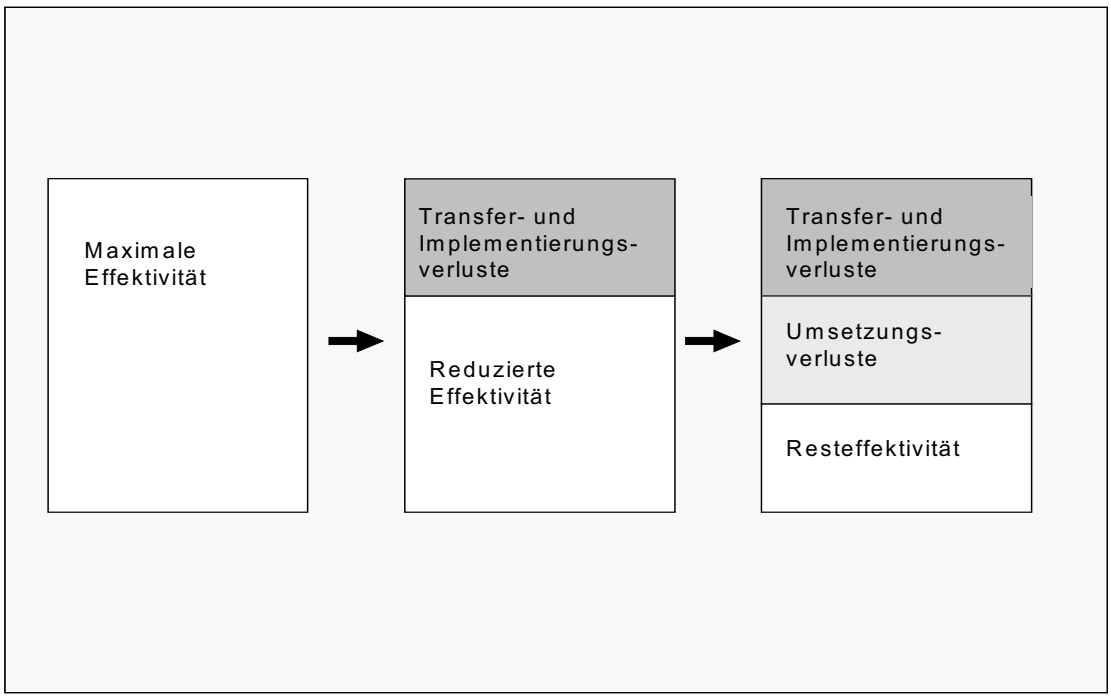
„The criteria of ‚rational' prescribing must be balanced against considerations of the patients' obvious suffering and the need to maintain a good doctor-patient relationship. Furthermore, doctors are often seeking to achieve this under considerable logistic difficulties. The task of improving prescribing is not an easy one. ... it will not be achieved simply by bombarding doctors with more and more pharmacological information and exhortations to change the drugs they use."

Eine Medikamentenverordnung ist das Produkt eines Interaktionsprozesses zwischen Arzt und Patient. Patienten- und arztseitige Faktoren wirken sich aus und bedingen die individuelle Entscheidung. Dadurch klafft zwischen dem pharmakotherapeutischen Potenzial einerseits und der Umsetzung und Ausschöpfung desselben unter den Versorgungsbedingungen in der alltäglichen ärztlichen Praxis und in der komplexen Lebenswirklichkeit von Patienten eine erhebliche Lücke. Es ergeben sich gleichsam systemimmanente und als solche anzuerkennende Effektivitätsverluste, wie in Abbildung 37 veranschaulicht.

Als wesentliche Einflussfaktoren auf die Verordnungsentscheidung gelten – neben dem vorhandenen Wissen (i. S. externer Evidenz) und der persönlichen Erfahrung (i. S. interner Evidenz) sowie der Art der Erkrankung – Effekte des Pharmamarketings, Patientenmerkmale wie Alter, Geschlecht, Bildungsstand und Multimorbidität, ärztlicherseits vermutete Erwartungen und geäußerte Präferenzen des Patienten. Darüber hinaus wirken sich die jeweils geltenden ökonomischen und strukturellen Rahmenbedingungen steuernd aus (vgl. z. B. Denig, P. et al. 1988; Bradley, C.P. 1991 u. 1992; Avorn, J. u. Solomon, D. H. 2000; Doust, J. u. DelMar, C. 2004). Einige wesentliche Mechanismen und Einflussfaktoren werden im Folgenden beleuchtet.

Abbildung 37

Reduzierung des pharmakotherapeutischen Potenzials durch Transfer, Implementierung und Umsetzung



Quelle: Eigene Darstellung

7.5 Arzneimittelrechtliche Vorgaben

7.5.1 Zulassungsregelungen

794. Die Zulassung eines Arzneimittels in Deutschland (bzw. Europa) ist eine wirtschaftlich folgenreiche Entscheidung, stellt sie doch insbesondere in Verbindung mit der Entscheidung über die Erstattungsfähigkeit die ‚Eintrittskarte' zum umsatzstärksten Markt innerhalb Europas bzw. bei EU-weiter Zulassung zum zweitgrößten Markt nach Nordamerika dar (vgl. www.imshealth.de, Kapitel 7.2.1). Fertigarzneimittel dürfen in Deutschland nur in den Verkehr gebracht werden, nachdem sie die zuständige Bundesoberbehörde gem. § 21 Abs. 1 Arzneimittelgesetz (AMG) zugelassen oder gemäß § 38 Abs. 1 AMG registriert hat. Für die Zulassung müssen Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und pharmazeutische Qualität nachgewiesen werden. Zulassungsbehörde für Humanarzneimittel ist das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), für Sera, Impfstoffe, Testallergene, Testsera und Testantigene sowie für Blutzubereitungen das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) (vgl. www.bfarm.de). Neben dem nationalen Zulassungsverfahren existieren ein zentrales[168] und ein dezentrales europäisches Verfahren, wobei letzteres auf einer gegenseitigen Anerkennung nationaler Zulassungen basiert.

795. Der Hersteller eines Medikamentes entscheidet darüber, für welches Indikationsgebiet die Zulassung beantragt wird. Dabei muss keineswegs das gesamte Potenzial des Mittels ausgeschöpft werden. Die Entscheidung des Produzenten wird wesentlich von den Gewinnerwartungen im jeweiligen Markt beeinflusst. Kriterien für die Wahl des Indikationsgebietes können sein:

– einfach zugängliches Absatzgebiet, das aufgrund der Häufigkeit der Erkrankung gute Marktchancen bietet (z. B. Bluthochdruck),

– Alleinstellung des Mittels bei einer bestimmten Indikation (z. B. bestimmte Sartane bei Herzinsuffizienz),

– bislang nur unzureichend behandelbare Erkrankung (z. B. Hepatitis C mit Interferon A),

– gesellschaftlich erfolgreich erscheinende Anwendungsbereiche (z. B. der Wirkstoff Finasterid einmal

[168] Das zentrale Genehmigungsverfahren wird durch die European Medicines Evaluation Agency (EMEA) durchgeführt. Bei Unstimmigkeiten im Rahmen des dezentralen Verfahrens fällt die EMEA bindende Entscheidungen. Im März 2004 wurde der gemeinschaftliche Rechtsrahmen für Arzneimittel durch eine Verordnung (726/2004) und drei Richtlinien (2004/27/EG, 2004/28/EG, 2004/24/EG) weitreichend neugestaltet. Zu den Neuerungen gehören u. a. ein beschleunigtes und gestrafftes Zulassungsverfahren, die Möglichkeit einer bedingten Zulassung bzw. bedingten Genehmigung für das Inverkehrbringen und die Ausweitung des zentralisierten Verfahrens auf weitere Arten von Arzneimitteln. Eine Verlängerung der Zulassung soll künftig nur noch einmal fünf Jahre nach der Erstzulassung erfolgen, im Gegenzug wird die Überwachung der Arzneimittelsicherheit verstärkt (vgl. Europa-Kontakt 2004).

bei Prostatavergrößerung als Proscar® und einmal gegen männlichen Haarausfall als Propecia®; gleiches gilt für den Wirkstoff Minoxidil – als Regaine® gegen Haarausfall, als Lonolox® gegen Bluthochdruck). In diesem Zusammenhang werden unerwünschte Wirkungen in der Erstindikation zur vermarktbaren Zweitindikation und

– Vermarktung als *Life-Style*-Präparate, weil das Mittel keine ausreichende Wirksamkeit in der angedachten Indikation hatte (der Wirkstoff Sildenafil im ‚Potenzmittel' Viagra® war als Koronartherapeutikum vorgesehen, Sibutramin im Appetitdämpfer Reductil® als Antidepressivum).

Der Hersteller kann daher bei hohen Studien- und Zulassungskosten durch eine begrenzte Zulassungsindikation möglicherweise dazu beitragen, dass Kranke mit einer wirtschaftlich unattraktiveren Indikation von einer effektiven Behandlung ausgeschlossen bleiben. Der Arzt begibt sich nämlich auf rechtlich gesehen problematisches Gebiet, wenn er Medikamente außerhalb ihrer offiziell per Zulassung anerkannten Indikationsgebiete verordnet (*‚Off-Label-Use'*). Dies kann z. B. im Rahmen eines ‚medizinischen Heilversuches' geschehen, muss jedoch mit dem Patienten abgesprochen werden. Ferner besteht laut Urteil des Bundessozialgerichts vom 19. März 2002 (B 1 KR 37/00 R) eine Zahlungspflicht der GKV nur, wenn es sich um die Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung handelt, für die keine andere Therapie verfügbar ist und auf Grund der Datenlage die begründete Aussicht auf einen Behandlungserfolg besteht (vgl. Glaeske, G. u. Berlit, P. 1999; Glaeske, G. u. Dierks, C. 2002). Um den Auflagen des Urteils gerecht zu werden, hat das BMGS eine Expertengruppe ‚Anwendung von Arzneimitteln außerhalb des zugelassenen Indikationsbereichs' (Expertengruppe Off-Label) beim BfArM eingerichtet. Diese soll zunächst eine Feststellung zum Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis bezüglich solcher Arzneimitteleinsätze im Bereich der Krebstherapie erarbeiten, eine mögliche Ausweitung der Tätigkeit auf andere Krankheiten ist möglich. Vor der endgültigen Beschlussfassung einer Feststellung wird diese als Methodenpapier interessierten Fachkreisen zur Diskussion gestellt, so z. B. ab September 2004 das ‚Methodenpapier für das Fachgebiet Onkologie' (vgl. www.bfarm.de/de/Arzneimittel/offlabel/wiss€aufb/index.php). Die Expertengruppe versteht ihre Arbeit nicht als Alternative zur Zulassung, da diese nur vom Hersteller beantragt werden kann. Ein positives Votum soll eine Aufforderung an den pharmazeutischen Unternehmer darstellen, eine Erweiterung der Zulassung zu beantragen.

796. Eng mit diesem Punkt verknüpft ist das Problem fehlender zulassungsrechtlicher Vorgaben für die Auswahl der Prüfpopulation. Die Probanden (in Phase I) und Patienten (in den Phasen II und III) klinischer Prüfungen sind bevorzugt Männer im mittleren Alter. Deren Merkmale müssen keineswegs mit denen der späteren Hauptanwender, z. B. älteren Frauen, übereinstimmen. Dies kann bedeuten, dass die Herstellerangaben zur Dosierung, zur Metabolisierung oder zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen für einen großen Teil der Patienten in der ‚Normalversorgung' nicht zutreffen. Häufig tritt dieses Problem bei der Behandlung von Hochaltrigen und Kindern auf. Viele Arzneimittel sind für diese vulnerablen Altersgruppen nicht geprüft und/oder zugelassen. Eine EU-Verordnung zur Förderung der Entwicklung und Zulassung von Arzneimitteln für Kinder ist in Planung.[169] Diese soll auch sicherstellen, dass die Forschung den notwendigen Qualitätsstandards entspricht und sich Kinder nicht unnötigen klinischen Prüfungen unterziehen müssen. Die 12. Novelle des AMG, in Kraft getreten am 6. August 2004, hat ebenfalls die Teilnahme von Kindern an klinischen Prüfungen erleichtert. Netzwerke zwischen Forschungseinrichtungen können dazu beitragen, neue Forschungsergebnisse schneller verfügbar zu machen.[170] Oftmals ist jedoch für das Fehlen von Arzneimitteln für Kinder nicht der übermäßige Schutz der Probanden, sondern das zu kleine und damit zu wenig gewinnträchtige Marktsegment ausschlaggebend. Eine mögliche Verbesserung dieser Situation will die EU-Kommission in Anlehnung an ein entsprechendes Verfahren in den USA erzielen. Danach soll künftig der Patentschutz für bereits auf dem Markt befindliche Medikamente um sechs Monate verlängert werden, wenn die Hersteller sie auf ihre Anwendung an Kindern prüfen und dann eine zusätzliche Zulassung beantragen. Allerdings ist noch offen, wie mit Medikamenten verfahren werden soll, deren Patent bereits abgelaufen ist.

797. Die Zulassung eines Medikamentes erfolgt in der Regel ohne Beachtung der bereits auf dem Markt befindlichen Mittel. Eine Rangfolge bezogen auf die relative therapeutische Wirksamkeit im Vergleich zu anderen Arzneimitteln im Sinne einer Klassifikation als ‚erste' oder ‚letzte Wahl' ist aus der Zulassungsentscheidung nicht ableitbar. Generell sieht die klinische Prüfung (Nachweis der *‚efficacy'*) nur den Vergleich des Wirkstoffs mit einem Placebo, nicht jedoch mit einem bereits zugelassenen und später evtl. konkurrierenden Wirkstoff vor. Die Erteilung der Zulassung sagt auch nichts darüber aus, ob ein objektivierbarer Bedarf für dieses pharmazeutische Produkt besteht. Gleichwohl stellt die Zulassung eines Medikamentes in der Wahrnehmung der verordnenden Ärzte und Verbraucher häufig einen Qualitäts- und in gewisser Weise auch einen Bedarfsnachweis dar.[171]

---

[169] Während eine Verordnung zu *Orphan Medicinal Products* Anfang 2000 in Kraft trat, liegt erst seit September 2004 ein offizieller Entwurf einer Verordnung zu Kinderarzneimitteln der Europäischen Kommission vor. Mit dem Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens ist nicht vor Herbst 2006 zu rechnen (vgl. Throm, S. 2004).

[170] Beispielhaft sei hier das pädiatrische Netzwerk PAED-Net genannt, dessen Zentrale dem Koordinierungszentrum für Klinische Studien Mainz angeschlossen ist.

[171] So wurde im Zuge der Rücknahme des Rheumamedikaments Vioxx im September 2004 auch Kritik an der Ärzteschaft laut. Das bei längerer Einnahme des Medikaments deutlich erhöhte Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall, welches in Anwendungsstudien nachgewiesen wurde, war bereits über Beipackzettel und Fachinformation bekannt. Behandelnde Ärzte hätten diese Information bei der Therapie von Risikopatienten berücksichtigen können.

7.5.2 Rezeptpflicht und Verordnungsfähigkeit

798. Der überwiegende Teil des Umsatzes pharmazeutischer Produkte in Deutschland (vgl. Kapitel 7.2.2) wird zwar von der GKV finanziert, eine direkte Möglichkeit zur Einflussnahme auf das Angebot bzw. die Preise besteht jedoch seitens der GKV nicht.[172] Bezüglich der Erstattungsfähigkeit durch die GKV müssen Leistungen gemäß § 12 SGB V „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein. Diese leistungsbegründenden Kriterien unterscheiden sich also von den Zulassungskriterien des Arzneimittelrechts (Wirksamkeit, Unbedenklichkeit, pharmazeutische Qualität). Nach § 31 SGB V haben Versicherte der GKV einen Anspruch auf die Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln. Diese sind erstattungsfähig, sofern sie nicht per Gesetz oder durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ausgeschlossen sind.[173] Somit sind seit dem 1. Januar 2004 für Erwachsene und Kinder über 12 Jahren rezeptfrei erhältliche Medikamente nicht mehr im Leistungsumfang der GKV enthalten, sofern sie nicht als Behandlungsstandard bei einer schwerwiegenden Erkrankung gelten.[174]

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung entscheidet nach Anhörung des Sachverständigenausschusses für Verschreibungspflicht, der am BfArM ansässig ist, über die Verschreibungspflicht eines Arzneimittels. Ist der Inhaltsstoff bekannt und bereits als nicht verschreibungspflichtig klassifiziert, wird auch ein neu zugelassenes Mittel mit demselben Stoff diesen Status erlangen. Dies gilt gleichermaßen für rezeptpflichtige Mittel. Ein neuer, bisher nicht in der Therapie bekannter und angewendeter Wirkstoff fällt dagegen prinzipiell zunächst für fünf Jahre unter die Verschreibungspflicht (§ 49 AMG). Darüber hinaus werden z. B. stark wirkende Schmerzmittel (Opiathaltige Mittel oder Opioide) nach einem international anerkannten Schema unter das Betäubungsmittelrecht gestellt, was die restriktivste Form der Rezeptpflicht darstellt.[175]

Der Status ‚rezeptpflichtig‘ ist somit ein relevantes Kriterium für die Auswahl eines Arzneimittels. Patientenseitig besteht ein Interesse daran, rezeptpflichtige Pharmaka verordnet zu bekommen, so lange Rezeptgebühr bzw. Zuzahlungen niedriger sind als der Apothekenabgabepreis für eine rezeptfreie Therapiealternative. In gewissem Umfang sind daher Substitutionseffekte von rezeptfreien zu rezeptpflichtigen und damit erstattungsfähigen Medikamenten zu erwarten (vgl. Kapitel 7.6.6).[176]

Bei bestimmten Indikationen (Tabelle 87) können auch weiterhin rezeptfreie Pharmaka zu Lasten der GKV verordnet werden. Voraussetzungen sind, dass die zugrunde liegende Erkrankung schwerwiegend ist und das zur Behandlung vorgesehene Medikament als Therapiestandard gilt (Gemeinsamer Bundesausschuss 2004).[177] Die Ausnahmeindikationsliste (‚Kleine Positivliste’) ist an diesem Kriterium orientiert.

799. Die Ausgestaltung dieser Liste beeinflusst in bedeutsamem Maße die Entwicklung in diesem Marktsegment. Aus Sicht der Hersteller können sich produktabhängig unterschiedliche Positionierungsstrategien ergeben:

- Einflussnahme auf den Inhalt der Ausnahmeindikationsliste oder z. B. Modifikation der zugelassenen Indikationen zur Wahrung der Erstattungsfähigkeit des Produktes,
- Möglichkeiten des rezeptfreien Marktes (Preisgestaltung, Verbraucherwerbung, Kooperation mit Apothekern) werden zur Absatzsteigerung genutzt,
- der Wegfall der Verschreibungspflicht kann für Medikamente attraktiv sein, deren Verordnung rückläufig ist, z. B. weil ihr Nutzen ärztlicherseits als zweifelhaft eingeschätzt wird. Dies setzt voraus, dass die Nutzung der o. g. Möglichkeiten die patientenseitige Nachfrage steigert,
- Produktmodifikationen, die eine Einstufung als ‚Neuzulassung’ mit konsekutiver Rezeptpflicht bewirken,
- Hinweise auf rezeptpflichtige Mittel des gleichen Herstellers in der gleichen Indikation, die dann zu Lasten der GKV verordnet werden können, aber sowohl teuerer wie weniger gut verträglich sind (z. B. Empfehlung von Metamizol an Stelle von Paracetamol in der Schmerztherapie).

800. Angesichts dieser Situation kommt einer interessenunabhängigen, qualitätsgesicherten, einfach zugängli-

---

[172] Allerdings erlauben §§ 130 und 130a SGB V indirekte Einflussnahme auf die zu erstattenden Preise durch Rabattregelungen für Apotheker und pharmazeutische Unternehmen.

[173] Ein Arzneimittel muss im Rahmen der GKV ‚verordnungsfähig’ sein, um (ggf. bis zu einem Höchstbetrag) erstattet werden zu können. Im Text werden die Begriffe ‚verordnungsfähig’ und ‚erstattungsfähig‘ äquivalent verwendet.

[174] § 34 SGB V schließt darüber hinaus verschreibungspflichtige Arzneimittel bei Verordnung in bestimmten Anwendungsgebieten (Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten, Mund- und Rachentherapeutika (ausgenommen bei Pilzinfektionen), Abführmittel sowie Arzneimittel gegen Reisekrankheit) von der Erstattung aus. Außerdem sind Arzneimittel ausgeschlossen, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.

[175] Immer wieder wird – allerdings eher vorgeschoben – die ‚Umständlichkeit’ der Betäubungsmittelrezeptierung als ein Grund für die bislang bestehende Unterversorgung von schwerst Schmerzkranken mit Opiaten genannt.

[176] Der IKK-Bundesverband stellte in einer Analyse von Verordnungsdaten des 1. Halbjahres 2004 klare Hinweise darauf fest, dass bei gleicher Indikation auf verschreibungspflichtige Mittel zurückgegriffen wird: Insbesondere bei den Antiallergika wurden statt der bewährten nicht verschreibungspflichtigen Standardarzneimittel gezielt verschreibungspflichtige ‚Scheininnovationen’ verordnet. So hat sich die Anzahl der verordneten Tagesdosen eines Präparats mit dem Wirkstoff ‚Levocetirizin‘ im Vergleich zum Vorjahreszeitraum verdoppelt, diejenige eines Präparats mit dem Wirkstoff ‚Desloratadin‘ um 27 % erhöht (Pressemitteilung des IKK Bundesverbands, 28. September 2004).

[177] In den Richtlinien wird eine Erkrankung als ‚schwerwiegend’ definiert, wenn sie lebensbedrohlich ist oder aufgrund der Schwere der durch sie verursachten Gesundheitsstörung die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt. Ein Arzneimittel gilt als Therapiestandard, wenn der therapeutische Nutzen zur Behandlung der schwerwiegenden Erkrankung dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht.

Tabelle 87

Liste der Ausnahmeindikationen für die Verordnung rezeptfreier Medikamente zu Lasten der GKV (Auszug)

16.4.1 **Abführmittel** nur zur Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon, Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogene Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz und Opiattherapie

16.4.2 **Acetylsalicylsäure** (bis 300 mg/ Dosiseinheit) als Thrombozyten-Aggregationshemmer in der Nachsorge von Herzinfarkt und Schlaganfall sowie nach arteriellen Eingriffen

16.4.3 **Acetylsalicylsäure** und **Paracetamol** nur zur Behandlung schwerer und schwerster Schmerzen in Co-Medikation mit Opioiden

…

16.4.5 **Antihistaminika** € nur in Notfallsets zur Behandlung bei Bienen-, Wespen-, Hornissengift-Allergien, nur zur Behandlung schwerer, rezidivierender Urticarien, nur bei schwerwiegendem, anhaltendem Pruritus

16.4.6 **Antimykotika** nur zur Behandlung von Pilzinfektionen im Mund- und Rachenraum

16.4.7 **Antiseptika** und **Gleitmittel** nur für Patienten mit Selbstkatheterisierung

…

16.4.9 **Calciumverbindungen** (mind. 300 mg Calcium-Ion/Dosiereinheit) und Vitamin D (freie oder fixe Kombination) nur zur Behandlung der manifesten Osteoporose, nur zeitgleich zur Steroidtherapie bei Erkrankungen, die voraussichtlich einer mindestens sechsmonatigen Steroidtherapie in einer Dosis von wenigstens 7,5 mg Prednisolonäquivalent bedürfen, nur bei Patienten mit Skelettmetastasen (zur Senkung der skelettbezogenen Morbidität) gemäß Angabe in der jeweiligen Fachinformation des Bisphosphonats

16.4.10 **Calciumverbindungen** (mind. 300mg Calcium-Ionen/Dosiseinheit) nur als Monotherapie bei Hypoparathyreodismus

…

16.4.13 **E. coli Stamm Nissle 1917** nur zur Behandlung der Colitis ulcerosa in der Remissionsphase bei Unverträglichkeit von Mesalazin

16.4.14 **Eisen-(II)**-Verbindungen nur zur Behandlung von gesicherter Eisenmangelanaemie

16.4.15 **Flohsamenschalen** nur zur unterstützenden Quellmittel-Behandlung bei Morbus Crohn, Kurzdarmsyndrom und HIV-assoziierter Diarrhoen

16.4.16 **Folsäure** und **Folinate** nur bei Therapie mit Folsäureantagonisten sowie zur Palliativbehandlung des kolorektalen Karzinoms in Kombination mit Fluorouracil

16.4.17 **Ginkgo biloba** Blätter-Extrakt (Aceton-Wasser-Auszug, standardisiert) nur zur Behandlung der Demenz

16.4.18 **Hypericum perforatum**-Extrakt (hydroalkoholischer Extrakt, mind. 300 mg pro Applikationsform) nur zur Behandlung mittelschwerer depressiver Episoden

16.4.19 **Jodid** nur zur Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen

…

Quelle: www.g-ba.de

chen und verständlichen Verbraucherinformation große Bedeutung zu. Dies gilt auch für die Beratung zur Selbstmedikation durch Ärzte und Apotheker. Die (sozio)ökonomischen und qualitätsrelevanten Auswirkungen der Neuregelung der Leistungspflicht für Arzneimittel sollten zukünftig detaillierter untersucht werden (vgl. Gutachten 2003, Band I, Kapitel 3.3 zur Nutzerinformation sowie Gutachten 2000/2001, Band III, Kapitel 5.5 zu Forderungen des Rates in Bezug auf eine Ausweitung der Versorgungsforschung).

7.5.3 Anforderungen an die Wirtschaftlichkeit

801. Die Zulassung eines Arzneimittel (aufgrund des Nachweises der ‚*efficacy*', also der Wirksamkeit unter Studienbedingungen) sagt noch nichts über dessen

gesundheitlichen oder ökonomischen (Netto-)Nutzen aus. Vielmehr muss sich das Mittel in der alltäglichen medizinischen Versorgung beweisen und zeigen, dass es bezogen auf klinisch relevante Endpunkte in der Langzeitanwendung bzw. in der Anwendung in nicht mehr selektierten Patientenpopulationen Vorteile gegenüber bereits angebotenen Arzneimitteln oder anderen medizinischen Interventionen hat (Nachweis der ‚*effectiveness*', der Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen). Diese Vorteile können in der Verbesserung des Therapieergebnisses oder des Risiko-Nutzen-Verhältnisses oder in der Senkung der direkten oder transsektoralen Kosten liegen (vgl. Glaeske, G. 2003; Glaeske, G. 2004). Zwischen ‚*efficacy*' und ‚*effectiveness'* klafft häufig eine ‚Evidenz-Lücke'. In besonderem Maße gilt dies für Verfahren, die im Bereich der hausärztlichen Medizin zur Anwendung kommen (vgl. Gutachten 2000/2001, Band II, Kapitel 2.3.5).

802. Diese Situation hat im britischen Gesundheitssystem zur Gründung des National Institute for Clinical Excellence (NICE) geführt, das insbesondere neu angebotene Verfahren und Arzneimittel einer Nutzenbewertung unterzieht.[178] Bis zum Ende des Jahres 2003 wurden 73 Bewertungen durchgeführt, davon 47 (64,4 %) zu Arzneimitteln.[179] Lediglich ca. 10 % der von NICE bewerteten Leistungen wurden nicht zur Finanzierung durch den NHS empfohlen; bei Arzneimitteln sogar nur knapp 5 % (Rothgang, H. et al. 2004). Allerdings beschränkte NICE häufig (bei 63 % der Entscheidungen) die Indikation bzw. die Zielgruppe (Tabelle 88). Der National Health Service (NHS) bzw. seine regionalen Untereinheiten (National Health Authorities) können die NICE-Entscheidungen übernehmen, müssen es jedoch nicht. Die Erfahrungen der letzten Jahre zeigen, dass die Umsetzung der NICE-Bewertungen durchaus variabel erfolgt (Rothgang, H. et al. 2004). Mit der Stringenz der Implementierung steht und fällt jedoch der Einfluss der Institution NICE auf das Versorgungsgeschehen in Großbritannien.

Entgegen der häufig kolportierten Einschätzung haben die NICE-Entscheidungen nicht zu Einsparungen bei den Gesundheits- bzw. Arzneimittelausgaben geführt. Die Entscheidungen von NICE führen nach Angaben des Instituts zu jährlichen Mehrbelastungen des NHS in Höhe von 575 bis 625 Mio. £ (Mayor, S. 2002; Barnett, D., persönliche Mitteilung). Dies ist ein weiterer Hinweis darauf, dass Effizienzoptimierung nicht gleichzusetzen ist mit Kostendämpfung oder gar Rationierung. Es lässt sich zeigen, dass positive NICE-Bewertungen von Medikamenten unmittelbar zu häufigerer Verordnung der entsprechenden Präparate führen.

803. In Deutschland wurde 2004 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) gegründet, das ähnliche Aufgaben wie NICE erfüllen soll. Gesetzliche Grundlage sind die mit dem GMG neu ins SGB V eingeführten §§ 139 a–c. Träger dieses Institutes ist der neu geschaffene Gemeinsame Bundesausschuss. Die Aufgaben des IQWiG umfassen

1. die Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei ausgewählten Krankheiten,
2. die Erstellung von wissenschaftlichen Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen,
3. die Bewertung evidenzbasierter Leitlinien für die epidemiologisch wichtigsten Krankheiten,
4. die Abgabe von Empfehlungen zu Disease Management-Programmen,

[178] Zu Details des Verfahrens siehe z. B. Rothgang, H. et al. (2004) oder www.nice.org.uk.

[179] Bis 10/2004 wurden 85 Entscheidungen getroffen, davon 57 (67,0 %) zu Arzneimitteln.

Tabelle 88

Entscheidungen von NICE (Stand: 12/2003)

Bewertungskategorie		**alle Leistungen**		**nur Arzneimittel**	
		absolut	in %	absolut	in %
A	empfohlen	66	*90,4*	45	*95,7*
	davon: für alle Indikationen	20	*27,4*	18	*38,3*
	indikationsspezifisch bzw. nur für bestimmte Patientengruppen	46	*63,0*	27	*57,4*
B	nur im Kontext begleitender Studien empfohlen	5	*6,9*	2	*4,3*
C	nicht empfohlen	2	*2,7*	0	*0,0*
	Summe aller Entscheidungen	73	*100,0*	47	*100,0*

Quelle: Rothgang, H. et al. (2004)

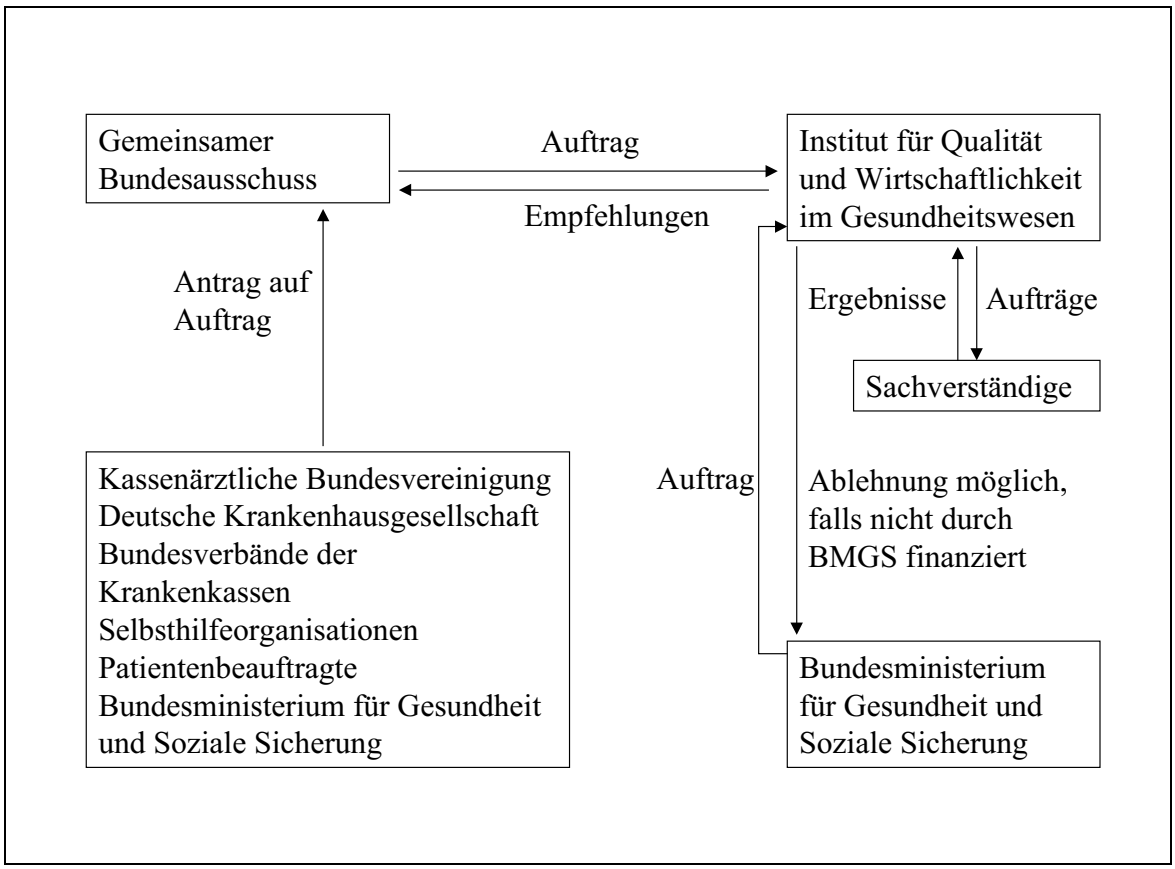
5. die Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln und
6. die Bereitstellung von für alle Bürger verständlichen allgemeinen Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung.

Soweit zur Erledigung dieser Aufgaben Forschungsaufträge an externe Sachverständige vergeben werden, müssen diese eventuell bestehende Beziehungen zur Industrie offen legen. Abbildung 38 illustriert die Einbindung des IQWiG in den politischen Entscheidungsprozess. Das IQWiG ist an Aufträge aus der Selbstverwaltung oder aus dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gebunden. Das Institut kann auch keine Beschlüsse fassen, sondern nur Empfehlungen aussprechen, die vom entsprechenden Entscheidungsgremium, dem Gemeinsamen Bundesausschuss, im Rahmen seiner Aufgaben zu berücksichtigen sind.

Die ursprünglich geplante und vom Rat geforderte Nutzen-Kosten-Bewertung wurde im Verlauf des Gesetzgebungsprozesses fallengelassen. Stattdessen hat das jetzt gegründete Institut nur noch die Aufgabe, den Nutzen von Arzneimitteln zu bewerten. Der Rat hält dies zwar für einen wichtigen ersten Schritt hin zu mehr Transparenz und Qualität bei der Arzneimittelversorgung durch die GKV, die Nutzen-Kosten-Bewertung darf jedoch auf Dauer nicht unterbleiben. Wenn ein Medikament einen höheren Nutzen aufweist als vergleichbare, aber preisgünstigere Therapiemöglichkeiten, muss in einem nächsten Schritt eine Nutzen-Kosten-Bewertung durch ein unabhängiges Institut erfolgen. Vor dem Hintergrund diskrepanter rechtlicher Kriterien für die Arzneimittelzulassung und die Aufnahme in den GKV-Leistungskatalog mit faktischer Verpflichtung zur Erstattung durch die GKV, der teilweise umstrittenen Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit vieler zugelassener Arzneimittel sowie der fortgesetzt hohen Ausgabensteigerungen für Medikamente ist es von großer Bedeutung für die GKV, ihre Leistungspflicht auf Präparate mit günstigem Nutzen-Kosten-Verhältnis begrenzen zu können (vgl. zur ‚vierten Hürde' Kapitel 7.9.6).

Abbildung 38

Verfahrensabläufe gemäß § 139 b SGB V – Einbeziehung des IQWiG in die politischen Entscheidungsabläufe



Quelle: Modifiziert nach Korzilius, H. (2004)

7.6 Ökonomische und strukturelle Rahmenbedingungen

804. Die Regulierung des Arzneimittelmarktes setzt in den meisten Ländern auf der Angebots- wie auf der Nachfrageseite an (vgl. Hutton, J. et al. 1994). Angebotsseitig müssen Arzneimittel im Allgemeinen ein Zulassungsverfahren durchlaufen, welches bei Nichtbestehen ein Arzneimittel vom Markt ausschließt. Weitere regulative Eingriffe auf der Angebotsseite fokussieren auf die Zulassung zur gesetzlichen bzw. sozialen Krankenversicherung, den Arzneimittelpreis oder auf den Gewinn des Pharmaunternehmens. Arzneimittelpreise können in Verhandlungen – evtl. unter Beachtung des möglichen Verkaufsvolumens – festgelegt, an die Preise anderer Länder gekoppelt oder über ein Referenzpreissystem gesteuert werden. Unternehmensgewinne werden in Großbritannien durch Zielvorgaben für die Rendite aus Arzneimittelverkäufen an das NHS beschränkt. Die Regulierung auf Unternehmensebene lässt dem Pharmaunternehmen bei der Preissetzung erheblich mehr Spielraum als eine Preisfixierung oder Renditeregulierung für einzelne Produkte.

Nachgefragt werden die Produkte der Pharmaindustrie von Patienten, Ärzten und Krankenhäusern sowie von Großhandel und Apotheken. Letztere sind insbesondere von Regulierungsmaßnahmen bezüglich Parallelimporten und Substitution durch Generika und ebenso wie die Zulieferer von der Regulierung der Abgabepreise betroffen. Patienten sind von Regelungen zur Erstattungsfähigkeit und von Zuzahlungsregelungen betroffen. Der Fokus der folgenden Überlegungen richtet sich auf die regulativen Maßnahmen, die auf das Verordnungsverhalten von (niedergelassenen) Ärzten abzielen.

805. Da der Arzt die Kosten eines Arzneimittels und die gesundheitlichen Auswirkungen seiner Verordnung nicht selbst trägt, internalisiert er diese Wirkungen auf den Patienten bzw. auf die Versichertengemeinschaft zunächst nur im Rahmen seines persönlichen Wissens und Interesses an einer guten Behandlung. Darüber hinaus steht der Arzt je nach ökonomisch-strukturellem Umfeld möglicherweise in einem Wettbewerb um Patienten und versucht, diese durch sein Verordnungsverhalten an sich zu binden. Regulative Maßnahmen versuchen daher zum einen, über finanzielle Anreize das Kostenbewusstsein des Arztes zu schärfen, und zum anderen, die Verordnungsqualität zu steigern. Mögliche Maßnahmen sind insbesondere

- Leitlinien für die Behandlung,
- Positiv- oder Negativlisten,
- Feed-back über das Verordnungsverhalten bzw. Steuerung desselben z. B. über Pharmakotherapiezirkel oder im Rahmen von integrierter Versorgung,
- Anreize zur Verschreibung von Generika (z. B. Autidem-Regelung),
- Arzneimittelbudgets als sektorale Budgets oder Praxisbudgets sowie
- Kopfpauschalen für Arzneimittel.

7.6.1 Budgetverantwortung

806. Im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) wurde 1993 ein sektorales Budget für Arzneimittel[180] implementiert. Bei einem Überschreiten des Budgets durch die niedergelassenen Ärzte war eine Rückvergütung durch die Kassenärztliche Vereinigung an die Kassen aus Geldern der vertragsärztlichen Vergütung vorgesehen. Wie dieses Defizit auf die einzelnen Ärzte verteilt werden sollte, war nicht gesetzlich geregelt. Ab einem Schwellenwert sollte darüber hinaus im Jahr der Einführung die pharmazeutische Industrie in gewissem Umfang haften (vgl. Schöffski, O. 1996). Im Jahr der Einführung des sektoralen Budgets fiel die Anzahl der Verschreibungen unter das Niveau von 1991 zurück, in den Folgejahren stiegen jedoch die Zahl der Verschreibungen sowie die Arzneimittelausgaben wieder an. Bereits 1995 wurde das Budget in 9 von 23 Regionen überschritten (vgl. Schwermann, T. et al. 2003). Dies wurde zum einen auf Fehlanreize für den einzelnen Arzt, der aufgrund des sektoralen Budgets großzügiges Verschreiben schlimmstenfalls anteilig hätte internalisieren müssen, zum anderen auf verzögerte Informationsübermittlung bei Budgetüberschreitung zurückgeführt. Die Ärzte erfuhren erst im Folgejahr, ob eine Budgetüberschreitung stattgefunden hatte, und es blieb ihnen entsprechend wenig Zeit, diese zu kompensieren. Die Ausgleichsfrist wurde dementsprechend immer weiter gesetzt, u. a. durch das Gesundheitsreformgesetz 2000.

Eine ‚Individualisierung' des Arzneimittelbudgets war seit 1995 durch arztgruppenspezifische Richtgrößen nach § 84 Abs. 3 (seit 31. Dezember 2001 § 84 Abs. 6 SGB V) vorgesehen (vgl. Münnich, F.E. u. Sullivan, K. 1994). Die Richtgrößen bilden die Grundlage für eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 Abs. 5a SGB V. Prinzipiell wirkt ein solches System wie ein individuelles Budget, da der Arzt bei nachweislich unwirtschaftlichem Verschreiben regresspflichtig wird. Das Gesundheitsreformgesetz 2000 verschärfte die Kriterien für eine Wirtschaftlichkeitsprüfung und sah eine Anrechnung der Summe der Individualregresse auf den Kollektivregress nach § 84 SGB V vor. Eine Wirtschaftlichkeitsprüfung sollte nun bereits bei einem Überschreiten der arztgruppenspezifischen Richtgröße um mehr als 5 % (und nicht wie zuvor nach GSG 15 %) stattfinden, der Arzt sollte nicht durch

[180] 1993 war das Budget nur für die alten Bundesländer auf der Basis der Verordnungsdaten von 1991, ab 1994 auch für die neuen Länder gültig. Es wurde ab 1994 auf regionaler Ebene zwischen Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen verhandelt, wobei die Ausgaben von 1993 als Verhandlungsgrundlage dienten. Zu berücksichtigen waren Veränderungen der Zahl und Altersstruktur der Versicherten, Preisänderungen der Arzneimittel, Veränderungen der gesetzlichen Leistungspflicht der Krankenkassen sowie bestehende Wirtschaftlichkeitsreserven und Innovationen.

Praxisbesonderheiten begründbaren Mehraufwand ab einer Überschreitung von 15 % (statt 25 %) erstatten.

807. Die Abschaffung der Arznei- und Heilmittelbudgets erfolgte durch das Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz (ABAG) zum 31. Dezember 2001. Bereits im Jahr der Ankündigung war ein sprunghafter Anstieg der Arzneimittelausgaben um 10,4 % gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen (vgl. Nink, K. u. Schröder, H. 2003). Die Budgets wurden durch Zielvereinbarungen zur Arzneimittelversorgung zwischen Kassen und Kassenärztlicher Vereinigung ersetzt (vgl. § 84 Abs. 1 SGB V). Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren deshalb für das jeweils folgende Kalenderjahr Rahmenvorgaben für die Inhalte der Arzneimittelvereinbarungen auf Ebene der KVen (vgl. § 84 Abs. 7 SGB V). Darin wird insbesondere festgelegt, in welcher Weise das Ausgabenvolumen über die Zeit angepasst wird. Einige Anpassungsfaktoren, z. B. aufgrund der Preisentwicklung oder von Veränderungen der gesetzlichen Leistungspflicht, werden bundesweit einheitlich festgeschrieben, andere wie z. B. Anpassungen aufgrund der Zahl und Altersstruktur der Versicherten der Ebene der KVen zur Ermittlung überlassen (vgl. Bekanntmachungen Deutsches Ärzteblatt, 2. Juli 2004). Bei Überschreitung des vereinbarten Ausgabenvolumens ist diese Überschreitung Gegenstand der Gesamtverträge. Die Kriterien für eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 Abs. 5a SGB V wurden wieder auf die ursprünglichen Werte (15 %/25 %) zurückgesetzt. Gleichzeitig legte das ABAG fest, dass die Richtgrößenbestimmung durch die Vertragspartner nach § 84 Abs. 6 SGB V nicht nur arztgruppenspezifisch, sondern auch fallbezogen sowie nach altersgemäß gegliederten Patientengruppen und nach Krankheitsarten erfolgen solle.[181]

§ 84 Abs. 2 SGB V legt folgende Anpassungsfaktoren des Ausgabenvolumens fest:

- Veränderungen der Zahl und Altersstruktur der Versicherten,
- Veränderungen der Preise der Arznei- und Verbandmittel,
- Veränderungen der gesetzlichen Leistungspflicht der Krankenkassen,
- Änderungen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses,
- der wirtschaftliche und qualitätsgesicherte Einsatz innovativer Arzneimittel,
- Veränderungen der sonstigen indikationsbezogenen Notwendigkeit und Qualität bei der Arzneimittelverordnung auf Grund von getroffenen Zielvereinbarungen,
- Veränderungen des Verordnungsumfangs von Arznei- und Verbandmitteln auf Grund von Verlagerungen zwischen den Leistungsbereichen und
- Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven entsprechend den Zielvereinbarungen.

808. Ein Budget, bei dessen Überschreitung möglicherweise zusätzliche Kosten auf alle Ärzte umgelegt werden, bietet für den einzelnen Arzt nur geringe Anreize, sein Verordnungsverhalten effizient zu gestalten. Während die Erträge aus einer Verordnung – z. B. ein zufriedener Patient – dem Arzt alleine zugehen, werden die Kosten auf viele Schultern verteilt. Allerdings hat die Gesamtheit der Ärzte auch keinen Anlass, diese Regelung zu ändern, wenn ein Überschreiten des Budgets nicht sanktioniert wird. Die Durchsetzung des Kollektivregresses fand in den Jahren des Bestehens des sektoralen Budgets (1993 bis 2001) nie statt. Obwohl die mangelnde Einhaltung des Budgets immer wieder beklagt wurde, gab es dennoch einen Einführungs– und einen Abschaffungseffekt auf das Volumen der Arzneimittelausgaben.

Prinzipiell ist von einer individuellen Regresspflicht, wie sie § 106 Abs. 5a SGB V vorschreibt, eine deutlichere Anreizwirkung zu erwarten. Es gilt hier aber auch, dass eine solche Klausel nur dann Wirkung zeitigen kann, wenn Sanktionen durchgeführt werden. Ein Prüfungsausschuss muss also die Sanktionen bei unwirtschaftlichem Verordnen auch umsetzen und damit glaubhaft in Aussicht stellen. Allerdings ist die Hürde für einen individuellen Regress vom Gesetzgeber sehr hoch gesetzt. Bei einem Überschreiten der Richtgröße um mehr als 15 % findet zunächst eine Vorabprüfung statt, ob überhaupt ein Prüfungsverfahren stattfinden soll. Wenn die Überschreitung durch Praxisbesonderheiten (z. B. einen hohen Anteil von Patienten, die einen besonders hohen Bedarf an Arznei- oder Hilfsmitteln haben) begründbar ist, wird ein solches Verfahren nicht eingeleitet. Bei geringfügiger Überschreitung beschränken sich die Folgen auf Beratungen und Kontrollmaßnahmen in den zwei darauf folgenden Kalenderjahren. Bei einer Überschreitung um mehr als 25 % setzt der Prüfungsausschuss darüber hinaus einen Regress in Höhe des sich ergebenden Mehraufwands fest. Diesen hat der Vertragsarzt an die Krankenkassen zu bezahlen. Der Regressbetrag kann aufgrund von Praxisbesonderheiten gemindert und bei wirtschaftlicher Gefährdung des Vertragsarztes gestundet oder erlassen werden. Schließlich ist der Prüfungsausschuss angehalten, Maßnahmen im Rahmen einer Vereinbarung mit dem Vertragsarzt festzulegen, die eine Herabsetzung des Erstattungsbetrages um bis zu einem Fünftel beinhalten kann (vgl. § 106 Abs. 5a SGB V). Ob eine drohende Sanktionierung den Arzt beeinflusst, hängt des Weiteren von der Höhe der Regresspflicht ab. In der Anfangsphase des sektoralen Budgets war diese auf ca. 1 % des ärztlichen Einkommens begrenzt, weshalb die Budgetierung vermutlich nur eine geringe Rolle für das strategische

[181] Im Gesetzestext von 1993 war laut Delnoij, D. und Brenner, G. (2000) eine Spezifizierung der Richtgrößen nach bestimmten Kriterien vorgesehen, die aber 1997 fallengelassen wurde. Erst das Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz (ABAG) führte erneut Kriterien für die Richtgrößen ein. Außerdem sollten die Richtgrößen ab 2000 das sektorale Budget nicht mehr ersetzen.

Verhalten des Arztes im Wettbewerbsumfeld spielte (vgl. Münnich, F.E. u. Sullivan, K. 1994). Dennoch wird die Nicht-Verordnung eines Präparates dem Patienten gegenüber häufig mit dem engen Budgetspielraum begründet.

Die Richtgrößen in Deutschland stellen eine Art virtuelles Budget dar. Eine stärkere Anreizwirkung ist von einem realen Budget zu erwarten, bei dessen Unterschreitung der Arzt die Differenz als zusätzliches Einkommen verbuchen kann. Aufgrund von Praxisbesonderheiten könnten sich so allerdings Ungerechtigkeiten bezüglich der Möglichkeiten zur Budgetunterschreitung sowie verstärkte Fehlanreize zum Behandlungsverzicht oder zur Überweisung an Fachärzte oder in den stationären Bereich ergeben. Im Rahmen von Kopfpauschalen (s. u.) und integrierter Versorgung sind positive Anreize bei Budgetunterschreitung jedoch durchaus denkbar.

809. Das Ziel einer Budgetierung der Arzneimittelausgaben ist primär eine Eindämmung der Ausgabensteigerung. Die genaue Ausgestaltung eines Budgets ist jedoch entscheidend für seine Wirkung. Angesprochen wurde bereits der Aspekt eines sektoralen vs. individuellen Budgets. Wenn ein Budget auf historischen Daten basiert – wie in Deutschland sowohl für das sektorale Budget als auch für die Arzneimittelvereinbarung üblich – wird eine Arztgruppe für wirtschaftliches Verordnen in der Vergangenheit durch geringere Budgets in der Zukunft ‚bestraft'. Gleichzeitig orientieren sich historische Daten nicht an medizinischen Notwendigkeiten oder ökonomischen Möglichkeiten.

Im Idealfall wird der Arzt durch ein Budget in der Weise zu wirtschaftlichem Verordnen angehalten, dass er unnötige Verordnungen unterlässt und notwendige Verordnungen, wenn vorhanden, über kostengünstige Präparate (z. B. Generika) abdeckt. Münnich, F.E. und Sullivan, K. (1994) berichteten in der Frühphase des sektoralen Budgets neben dem bereits erwähnten Rückgang der Verordnungszahlen von einer Strukturveränderung bei den Verordnungen. Ein Trend zu möglichst billigen Generika und zu älteren, ‚etablierten' Medikamenten war erkennbar (siehe auch Schwabe, U. u. Paffrath, D. 1994; Ulrich, V. u. Wille, E. 1996). Nicht nur die Wirkung auf die Verordnungszahlen, sondern auch auf die Strukturkomponenten war aber nur von kurzer Dauer (vgl. Schwabe, U. u. Paffrath, D. 1995).

810. Die Verordnung von Arzneimitteln ist nur eine von mehreren Handlungsoptionen des Arztes. Folglich muss bei einer Budgetierung der Arzneimittelausgaben die Wechselwirkung mit anderen Optionen berücksichtigt werden. Zum einen hat der behandelnde Arzt u. U. die Möglichkeit, statt einer medikamentösen Therapie ein Rezept für Heilmittel auszustellen oder eine nichtmedikamentöse Leistung zu erbringen. Wenn eine solche Substitutionsmöglichkeit besteht, wird der Arzt sie dann wählen, wenn er durch eventuelle Einschränkungen der Heilmittelbudgets bzw. der Punktwerte noch nicht stärker limitiert wird als durch das Arzneimittelbudget. Sind medikamentöse und nichtmedikamentöse Behandlung komplementär, so wird der Arzt die für ihn günstigste Behandlungskombination wählen. Alternativ kann der Arzt eine Beanspruchung seines Arzneimittelbudgets durch eine Überweisung insbesondere der kostenintensiven Fälle zu einem anderen Arzt oder in ein Krankenhaus umgehen. Eine Überweisung in den stationären Sektor bietet den zusätzlichen Vorteil, dass bei sektoralen Budgets das Budget für den ambulanten Sektor nicht belastet wird. Schöffski, O. (1996) zeigte auf, dass das Gesundheitsstrukturgesetz 1993 Ärzte zu vermehrten Überweisungen zu Fachärzten und in den stationären Bereich veranlasste, und dass auf diese Weise ein Teil der möglichen Kostenersparnis nicht realisiert wurde. Es ist allerdings schwierig, den Kausalzusammenhang zum sektoralen Budget gegenüber anderen Maßnahmen des GSG zu isolieren (vgl. Delnoij, D. u. Brenner, G. 2000; Schneider, M. et al. 2000).

811. Ein zentrales Element einer sinnvollen Budgetierung ist die Bereitstellung von Information zum individuellen Verordnungsverhalten des Arztes. Seit 2001 existiert die GKV-Arzneimittel-Schnellinformation (GAmSi) der GKV-Spitzenverbände. Das Projekt basiert auf Daten der Rezeptabrechnung, die monatlich dezentral von den Apothekenrechenzentren angenommenen werden (vgl. § 300 SGB V). Im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) werden die übermittelten Daten zu einem GKV-Datenbestand zusammengeführt, der die Grundlage für die monatlichen auf die Kassenärztlichen Vereinigungen bezogenen Auswertungen darstellt. Damit sollen die Verordnungsstrukturen in den Kassenärztlichen Vereinigungen transparent gemacht, Trendinformationen über Arzneimittelausgaben vermittelt und Kennzahlen für regionale Vergleichsmöglichkeiten gegeben werden (GAmSi-KV). Das Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz machte diese Information zum 1. Januar 2002 zur gesetzlichen Aufgabe der GKV-Spitzenverbände (§ 84 Abs. 5 SGB V). Die KVen liefern seit Januar 2003 bereits acht Wochen nach dem Verordnungsmonat den Kassenärzten eine individuelle Übersicht der Verordnungsdaten ihrer Praxis auf der Grundlage der GAmSi-Daten (GAmSi-Arzt). Dadurch wird ein Vergleich mit den eigenen Verordnungen in vorangegangenen Verordnungszeiträumen sowie mit Ärzten der gleichen Fachgruppe ermöglicht. Der Vorteil der GAmSi-Daten für den einzelnen Arzt liegt darin, dass die Wirtschaftlichkeitsprüfung ebenfalls die tatsächlich bei Apotheken eingelösten Rezepte berücksichtigt. Trotzdem kann es für den Arzt sinnvoll sein, eigene Statistiken über die Verordnungen vorzulegen, falls Apotheker z. B. ein Medikament teurer abrechnen als es zum Zeitpunkt der Verordnung war. Private Anbieter bieten dafür niedergelassenen Ärzten die Möglichkeit, auf monatlicher Basis detaillierte Informationen zum Richtgrößenbudget, Verordnungsvolumen, den kostenintensivsten Patienten sowie Einsparpotenzialen auf der Basis der individuell getätigten Verordnungen zu erhalten.

Exkurs: Erfahrungen mit Budgetierung in Großbritannien

812. Im Jahr 1991 wurden im Gesundheitssystem Großbritanniens (NHS) Budgets für Arzneimittel im Rahmen des *‚Fundholding‘*-Systems für niedergelassene Ärzte (*‚general practitioners‘*, GPs) eingeführt. Die Budgets basierten zunächst auf historischen Daten, wurden aber ab 1993 über immer wieder adjustierte Gewichtungsformeln bestimmt, die sich am tatsächlichen Bedarf orientieren sollten (vgl. Baines, D.L. u. Parry, D.J. 2000; Rice, N. et al. 2000). Es zeigte sich, dass die Arzneimittelausgaben von Praxen unter *‚Fundholding‘* schwächer stiegen als bei Arztpraxen außerhalb des Systems. Der Grund lag weniger darin, dass weniger verordnet wurde, sondern dass preiswerter, z. B. durch Generika, verordnet wurde. Der Effekt war insbesondere in der Einführungsphase für die erste Welle der *‚Fundholding‘*-Praxen ausgeprägt (vgl. Delnoij, D. u. Brenner, G. 2000; Iliffe, S. 2003).

Kritik am *‚Fundholding‘*-System zielte zum einen auf die Ermittlung der Budgets aufgrund historischer Daten, zum anderen auf eine Selbstselektion von größeren und gut ausgestatteten Praxen in das System, die darüber hinaus bei Anfangsinvestitionen unterstützt wurden, ab. Ein weiterer wichtiger Grund, der letztlich zur Abschaffung des *‚Fundholding‘*-Systems beitrug, waren sehr hohe administrative Kosten, die über den erzielten Einsparungen lagen. Dieser Effekt trat ein, obwohl für den Bereich des Arzneimittelbudgets eine Informationsinfrastruktur durch die *‚Prescribing Analysis and Cost Data‘* im NHS bereits existierte und ein Feedback für den einzelnen Arzt ermöglichte.

Ab 1999 wurden die Praxisbudgets schrittweise durch die neu eingeführten Budgets für *Primary Care Groups* (PCG) und ab 2000 *Primary Care Trusts* (PCTs) ersetzt, die entsprechende Vorgaben für Praxisgruppen, die mittlerweile jeweils eine Bevölkerung von bis zu 200 000 Personen versorgen, enthalten. Die Einführung der PCG/T’s ging einher mit einer Hinwendung vom *‚top down‘* Ansatz zum *‚bottom up‘*-Ansatz bei der Steuerung des Verordnungsverhaltens (vgl. Watkins, C. et al. 2003), wobei PCG/T’s verschiedene Maßnahmen zur Kostenersparnis (Budgets) und Qualitätssteigerung (Feedback Systeme) nutzen. Die stärkere Orientierung an qualitativ hochwertigem Verordnen wird insbesondere durch entsprechende Veröffentlichungen des NICE und nationale Behandlungsleitlinien (National Service Frameworks) gestützt (vgl. National Tracker Surveys, 1999–2002).

813. Es bleibt festzuhalten, dass eine Budgetierung von Arzneimittelausgaben die Steuerung der Ausgabenzuwächse ermöglicht. Wichtige Elemente einer sinnvollen Budgetierung sind:

- die Individualisierung von Budgets,
- die Sanktionierung von Budgetüberschreitungen,
- das Ermöglichen von Überschreitungen in begründeten Ausnahmefällen,
- die zeitnahe Bereitstellung von Information zum individuellen Verordnungsverhalten,
- das Vermeiden von Nachteilen durch wirtschaftliches Verhalten,
- das Berücksichtigen von Handlungsalternativen des Arztes durch eine sektoren- und therapieübergreifende Perspektive und
- der Einsatz von flankierenden qualitätssichernden Maßnahmen zur Vermeidung von Unter- und Fehlversorgung.

Exkurs: Kopfpauschalen für Arzneimittel

814. Kopfpauschalen für Arzneimittel stellen Richtwerte pro eingeschriebenem Patient dar, deren Überschreitung zu Lasten des Arztes geht. Das Ausgabenwachstum kann über Änderungen der Kopfpauschale kontrolliert werden. Prinzipiell entsprechen also Anreizwirkungen und –nebenwirkungen denen eines individuellen Budgets. Der Einsatz von Kopfpauschalen setzt aber ein Gesundheitssystem voraus, in dem eine Bindung des Patienten an einen bestimmten Arzt existiert. Auf diese Weise ist eine genauere Spezifizierung des individuellen Budgets möglich als ohne Arztbindung, wo eine Richtgröße für das Verordnungsverhalten sich nur am Durchschnitt der Arztgruppe orientieren kann (vgl. Delnoij, D. u. Brenner, G. 2000). Ein Vorteil eines Systems der Arztbindung besteht möglicherweise darin, dass der Arzt weniger Anreize hat, Patienten über evtl. unnötige oder unwirtschaftliche Verordnungen an sich zu binden. Patienten verfügen allerdings im Allgemeinen zumindest mittelfristig über die Möglichkeit, sich bei einem anderen Arzt einzuschreiben. Zudem hängt der Wettbewerbsdruck von regionalen Gegebenheiten wie der Arztdichte ab.

In einer Fallstudie verglichen Chernew, M. et al. (2000) das Ausgabenwachstum in Managed Care-Systemen mit Kopfpauschalen mit dem Wachstum in Managed Care-Organisationen, die Ärzte keinem finanziellen Risiko bezüglich der Arzneimittelausgaben aussetzten. Ihr Ergebnis war, dass die Wachstumsraten bei Kopfpauschalen anfänglich niedriger waren als in der Referenzgruppe, jedoch über den anvisierten Raten. Über die Zeit stiegen die Pauschalen an, das Risiko für die Ärzte wurde geringer, und das Ausgabenwachstum beschleunigte sich. Die Autoren nannten als Gründe, dass nur ein geringer Anteil des Ärzteeinkommens betroffen war und dass auch ein System der Kopfpauschalen nicht vom Druck seitens der Patienten und Haftungsfragen frei ist. Darüber hinaus verweigerten Ärzte ihrer Meinung nach medizinisch notwendige Verordnungen nicht. Schließlich führten Einkommensverluste durch die Pauschalierung zu verstärktem Druck auf die Verhandlungen über das Niveau der Kopfpauschalen und das Risiko, dem sich der einzelne Arzt ausgesetzt sah. Auf diese Weise hatten die Ärzte zwar nach wie vor den Anreiz, den Arzneimittelverbrauch einzuschränken, aber sie erhielten genügend Ressourcen, um den Verbrauch über die Zeit ohne Einkommensverluste anwachsen zu lassen.[182]

7.6.2 Vergütung von niedergelassenen Ärzten

815. Die Erstausstellung eines Rezepts kann nur in Zusammenhang mit einer Beratung erfolgen, wobei nur die ärztliche Konsultation im Rahmen des EBM abgerechnet werden kann. Auch die Ausstellung eines Wiederholungsrezepts (ohne Arztkontakt) kann seit 1996 nicht mehr separat abgerechnet werden. Ein direkter finanzieller Anreiz für das Ausstellen eines Rezepts besteht also für den Arzt nicht.[1838] Im Rahmen einer Budgetierung der Arzneimittelausgaben können alternative Behandlungsmethoden jedoch eine Ausweichmöglichkeit darstellen. Die Bezahlung eines Arztes sollte daher aus einer Kombination der Vergütung erbrachter und veranlasster Leistungen bemessen werden, wie dies im deutschen System der Richtgrößen prinzipiell der Fall ist (vgl. Schneider, M. et al. 2000).[184]

816. In Gesundheitssystemen, in denen aufgrund der Vergütung ein Wettbewerb um Patienten herrscht, können Verordnungen als Instrument zur Bindung des Patienten an die Praxis verwendet werden (vgl. Münnich, F.E. u. Sullivan, K. 1994). Ein weiterer möglicher Zusammenhang besteht zwischen der Vergütung, der Dauer der Arztbesuche und der Verordnungsrate. Nachweislich sind bei kürzeren Arztbesuchen die Verordnungsraten höher, da weniger Zeit für eine Auseinandersetzung mit der Krankheitsgeschichte, für die Untersuchung und die Suche nach alternativen Behandlungsmethoden bleibt. Unter Einzelleistungsvergütung haben Ärzte einen größeren Anreiz, Patientenbesuche schneller abzuwickeln als in einem Angestelltenverhältnis (*‚salaried physicians‘*) (vgl. Lexchin, J. 1998, Hutchinson; J.M. u. Foley, R.N. 1999). Eine Untersuchung von sechs europäischen Ländern zeigte, dass die Konsultationsdauer in Deutschland und Spanien am kürzesten war, in Belgien und der Schweiz am längsten. Großbritannien und die Niederlande wiesen mittlere Konsultationszeiten auf (vgl. Deveugele, M. et al. 2002). In einigen dieser Länder werden Allgemeinärzte über Kopfpauschalen für (eingeschriebene) Patienten vergütet (vgl. Schneider, M. et al. 2000). Eindeutige Ergebnisse bezüglich der Wirkung von Einzelleistungsvergütung oder Kopfpauschale auf die Arzneimittelversorgung liegen jedoch nicht vor.

7.6.3 Aut-idem-Regelung

817. Im Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz (AABG) vom 15. Februar 2002 wurde die Umkehr der bis dahin gültigen Aut-idem-Regelung eingeführt. Vor der Gesetzesänderung hatte der Arzt gemäß § 73 Abs. 5 SGB V die Möglichkeit, auf dem Verordnungsblatt kenntlich zu machen, ob die Apotheke ein preisgünstigeres wirkstoffgleiches Arzneimittel anstelle des verordneten Mittels abgeben durfte. Das AABG änderte § 129 Abs. 1 Nr. 1 SGB V dahingehend, dass die Apotheken zur Abgabe eines preisgünstigen Arzneimittels verpflichtet sind, solange ein Arzneimittel nur unter seiner Wirkstoffbezeichnung verordnet oder die Ersetzung des Arzneimittels durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel durch den verordnenden Arzt nicht ausgeschlossen wurde.[185] Des Weiteren wurde § 129 Abs. 1 SGB V um eine genaue Spezifikation der Charakteristika ergänzt, die ein wirkstoffgleiches Präparat zur Ersetzung erfüllen muss. Das Arzneimittel muss

- mit dem verordneten in Wirkstärke und Packungsgröße identisch sein,
- für den gleichen Indikationsbereich zugelassen sein sowie
- die gleiche oder eine austauschbare Darreichungsform besitzen.

[182] Die Autoren zeigen allerdings auch einige Beschränkungen ihrer Studie auf. Es wurde nur ein einzelnes Kopfpauschalen-System betrachtet und ein Vergleich mit anderen Systemen angestellt, jedoch kein Vergleich mit demselben System vor der Einführung der Pauschalen. Ferner war keine Aussage über die Entwicklung der Gesundheitsausgaben insgesamt und eventuelle Substitution möglich. Auch der Einfluss der Kopfpauschalen auf die Gesundheit war nicht Gegenstand der Studie.

[183] Allerdings kann in einem Quartal ohne direkten Arztkontakt das Ausstellen eines Wiederholungsrezepts als Verwaltungsgebühr berechnet werden. Eine Ausnahmeregelung gilt darüber hinaus für Gynäkologen, die das wiederholte Ausstellen von Rezepten für die Anti-Baby-Pille separat abrechnen dürfen.

[184] Wie bereits angesprochen, werden Überschreitungen der Arzneimittelvereinbarungen Gegenstand der Gesamtverträge der niedergelassenen Ärzte.

[185] Der Rat sieht, wie im Addendum zum Gutachten 2000/2001 Ziffer 73 festgestellt, in dieser Erleichterung der Arzneimittelsubstitution durch den Apotheker bei wirkstoffgleichen Präparaten keinen relevanten Eingriff in die Berufs- und Therapiefreiheit der behandelnden Ärzte.

Die Aut-idem-Regelung des AABG griff allerdings erst nach und nach, da die Präparateliste einer ersten Aut-idem-Tranche, die zum 1. Juli 2002 wirksam wurde, nur knapp 19 % der Verordnungen im generikafähigen Markt umfasste. Bis Ende 2003 erhöhte sich dieser Anteil auf knapp 52 %. Von dem gesamten generischen Einsparpotenzial von 1,5 Mrd. € in 2003 können mehr als 60 % durch den Verordnungswechsel innerhalb des Generikasegments realisiert werden (Nink, K. u. Schröder, H. 2004c; Nink, K. u. Schröder, H. 2004d).

818. Das Ziel der Aut-idem-Regelung bildet eine vermehrte Abgabe von möglichst kostengünstigen Präparaten innerhalb einer Gruppe von Arzneimitteln mit identischen Wirkstoffen. Die Umkehr der bisherigen Regelung führt dazu, dass für den Arzt nun nicht mehr das Verordnen des Generikums, sondern das Verordnen des Originalpräparats durch das Abzeichnen auf dem Verordnungsblatt mit Aufwand einhergeht. Daten aus den USA aus dem Jahr 1989 zeigen, dass solche auf den ersten Blick kleinen Unterschiede große Auswirkung auf das Verordnungsverhalten haben können. Bei der einen Rezeptart, die das Verbot von Substitution für den Arzt sehr leicht machte, genügte die Unterschrift des Arztes an einer bestimmten Stelle des Rezepts. Bei der anderen Rezeptart musste der Arzt zusätzlich zu seiner Unterschrift einen weiteren schriftlichen Vermerk machen, um Substitution auszuschließen. Während bei der ersten Rezeptart in 41 % der Fälle Substitution ausgeschlossen wurde, erfolgte dies bei der zweiten Rezeptart nur in 11 % der Verordnungen (vgl. Hellerstein, J.K. 1998).[186]

Inwieweit Ärzte in Deutschland die Substitution durch Apotheken zulassen, lässt sich nur schwer ermitteln, da die Apothekenrechenzentren diese Information nicht an die Gesetzlichen Krankenkassen übermitteln (Nink, K. u. Schröder, H. 2004c). Bei einer manuellen Nacherfassung dieser Information in einer Rezeptstichprobe durch die AOK Westfalen-Lippe zeigte sich, dass von September bis November 2002 auf 10 % der Rezepte Aut-idem aktiv vom Arzt ausgeschlossen wurde.

Ein wichtiger Teilaspekt bei der Entscheidung des Arztes, ein preisgünstiges Medikament zu verschreiben, ist die Verfügbarkeit von Information über Substitutionsmöglichkeiten und Arzneimittelpreise. Des Weiteren lässt sich ein Gewohnheitseffekt beim Verordnungsverhalten feststellen, der nicht durch Arzt-, Patienten- oder Arzneimittelcharakteristika erklärt werden kann. Die Gründe, warum manche Ärzte eher preisgünstige Generika und andere eher Originalpräparate verschreiben, bleiben daher teilweise unklar.

819. Die Aut-idem-Regelung forderte vor Inkrafttreten des GMG die Abgabe eines Medikaments, dessen Preis das untere Drittel des Abstandes zwischen dem Durchschnitt der drei niedrigsten Preise und dem Durchschnitt der drei höchsten Preise wirkstoffgleicher Arzneimittel nicht überstieg.[187] Arzneimittelhersteller konnten die bestehenden Regelungen durch geschickte Strategien umgehen. Dazu gehören z. B. die Schaffung neuer Packungsgrößen, die eine Substitution nicht zulassen, oder hohe Preise vor Festsetzung des unteren Preisdrittels, um diese Grenze nach oben zu schieben (vgl. Nink, K. u. Schröder H. 2004c). Die Einführung von Hochpreis-Präparaten, die faktisch nicht gehandelt werden, ermöglichte ein künstliches Hochhalten der Grenzen. Das GMG korrigierte diese Fehlanreize teilweise, indem die Berücksichtigung des unteren Preisdrittels von der Aut-idem-Regelung wegverlagert und in die Festbetragsberechnung integriert wurde. Kaum gehandelte hochpreisige Präparate wurden von der Festbetragsberechnung ausgeschlossen (§ 35 Abs. 5 SGB V).

820. Die Wirksamkeit der Aut-idem-Regelung hängt nicht nur vom verordnenden Arzt, sondern auch vom Apotheker ab, der die Substitution, sofern sie nicht ausgeschlossen wurde, vornehmen muss. Durch das GMG wurde der Festzuschlag auf verschreibungspflichtige Medikamente zwar geändert, so dass auf den Apothekeneinkaufspreis nun ein fixer Zuschlag von 8,10 €, jedoch auch ein prozentualer Zuschlag von 3 % erhoben wird.[188] Dadurch bleibt zumindest in Grenzen das Problem bestehen, dass Apotheken wenig Anreize zur Substitution durch billigere Präparate haben. Nicht verschreibungspflichtige, jedoch verordnungsfähige Medikamente werden mit Zuschlägen gemäß der vor dem 1. Januar 2004 gültigen Arzneimittelpreisverordnung belegt. Inwieweit Apotheken der Verpflichtung zur Substitution nachkommen, lässt sich kaum feststellen. Möglich wäre allerdings, in die GAmSi-Daten die Information aufzunehmen, ob der Arzt eine Substitution verboten hat. Auf diese Weise könnte eine Kontrolle der Apotheken durch die Kassen erfolgen.[189] Zusätzliche Dokumentation durch die Apotheken ist auch deshalb erforderlich, da die vom Arzt dokumentierte Verordnung nicht mit dem von der Apotheke abgegebenen Präparat übereinstimmen muss (vgl. Schwermann, T. et al. 2003). Dies führt möglicherweise zu einer Abschwächung der Herstellerhaftung.

821. Die bisher mit Hilfe der Aut-idem-Regelung in der GKV realisierten Einsparungen blieben hinter den Erwartungen und den grundsätzlichen Möglichkeiten zurück. Der Hauptgrund für die noch unzureichende Ausschöpfung des Einsparpotenzials dürfte in dem immer noch mangelnden Preiswettbewerb liegen, der im generikafähigen Markt nicht nur zwischen Originalpräparaten und Ge-

[186] Die Zahlen basierten auf einem Vergleich zwischen US-Bundesstaaten mit unterschiedlicher Regulierung.

[187] Waren weniger als fünf Arzneimittel im unteren Preisdrittel vorhanden, wurde keine obere Preislinie festgesetzt, sondern die Apotheke verpflichtet, eine Substitution durch eines dieser fünf Präparate vorzunehmen.

[188] Jedoch legt § 130 SGB V fest, dass die Krankenkassen von den Apotheken für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel einen Abschlag von 2 € je Arzneimittel, für sonstige Arzneimittel einen Abschlag in Höhe von 5 % auf den für den Versicherten maßgeblichen Arzneimittelabgabepreis erhalten. Für 2005 ist dieser Abschlag erstmals von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Apotheken in einer Vereinbarung nach § 129 Abs. 2 SGB V anzupassen.

[189] Die gesetzliche Regelung in § 300 SGB V ermöglicht die Übermittlung dieser Abrechnungsdaten.

nerika, sondern auch zwischen Generika, die unter der Bezeichnung des Herstellers firmieren (*branded generics*), und solchen mit bloßer Wirkstoffbezeichnung herrscht. Die Diskussion um Preisniveau und Wettbewerb im generikafähigen Marktsegment entzündete sich zuletzt an einem Preisvergleich von Generika in Deutschland und Großbritannien, den das internationale Marktforschungsunternehmen IMS Health (2004) im Auftrage des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller e.V. durchführte. Danach lag bei 37 umsatzstarken Wirkstoffen der Durchschnittspreis der Generika pro Zähleinheit in Deutschland um 52 % höher als in Großbritannien. Der VFA (2004c) folgert daraus, dass bei Generika noch Preisspielräume und damit Einsparpotenziale existieren, „die sich auch darin zeigen, dass Generikahersteller erhebliche Rabatte an Apotheken gewähren, die den Krankenkassen nicht zugute kommen".

Unabhängig von der Methodik dieses internationalen Preisvergleichs und der Interpretation seiner Ergebnisse angesichts unterschiedlicher Rahmenbedingungen für die Preisgestaltung in Deutschland und Großbritannien kann kein Zweifel daran bestehen, dass im deutschen generikafähigen Markt derzeit vielfach ein Rabattwettbewerb um die Gunst der Apotheken statt eines Preiswettbewerbs zugunsten von Krankenkassen und Verbrauchern stattfindet. Dagegen spricht auch nicht die Vermutung, dass der Auftraggeber mit dieser Studie offensichtlich eigene Interessen verfolgt. In seiner Kritik an diesem Preisvergleich weist der Deutsche Generikaverband (2004) explizit auf die Notwendigkeit der Rabattgewährung durch den Apothekenaußendienst hin, um die Verordnung des Arztes auch noch in der Apotheke abzusichern. „Rabatte von 15 bis 25 Prozent und mehr sind für verschreibungspflichtige Präparate keine Seltenheit" (ebenda). Tatsächlich bieten Hersteller von Markengenerika (*branded generics*) den Apotheken u. a. Freipackungen und Bar-Rabatte an:

- 2 + 1 plus 6 Monate Valuta als „Angebot zur Europameisterschaft",
- 3 + 1 mit zusätzlich 2 % Internet-Rabatt,
- 2 + 1 sowie 5 + 3,
- 3 + 2 sowie 7 + 3 als „Juni-Aktion",
- 1 + 1 oder „Vielfaches" bzw. „Mehrfaches" und
- Bar-Rabatte zwischen 12,5 % und 50 %.

Rabatte in solchen Größenordnungen können Unternehmen nur auf Märkten mit einem höchst unvollkommenen Preiswettbewerb gewähren. Da kleine und mittlere Generika-Unternehmen bei solchen ‚Rabatt-Schlachten' kaum mithalten können, führen diese auch zu einer verstärkten Marktkonzentration im generikafähigen Segment, worunter wiederum der Preiswettbewerb leidet. Unternehmen, die mit einer Preisunterbietung um 20 bis 30 % ihren Absatz zu erhöhen versuchen, besitzen unter diesen Bedingungen im Kalkül der Apotheken kaum eine Chance. Die Apotheken verstoßen mit der Annahme dieser Rabatte sicherlich häufig gegen die Vorschrift des § 129 Abs. 1 SGB V zur Abgabe eines preisgünstigen Medikamentes und konterkarieren damit die intendierten Effekte der Aut-idem-Regelung. Die Transformation des bestehenden Rabatt- in einen funktionsfähigen Preiswettbewerb verspricht im generikafähigen Marktsegment noch beachtliches Rationalisierungspotenzial. Um dies zu heben, sollte das Augenmerk nicht nur dem Wettbewerb zwischen Originalpräparaten und Generika, d. h. dem Anteil der Generikapräparate am generikafähigen Markt, sondern auch dem Preiswettbewerb innerhalb der Generika gelten. Diesem Ziel können Preis- bzw. Rabattverhandlungen zwischen Herstellern und Krankenkassen unmittelbar (und wahrscheinlich noch wirksamer als die Aut-idem-Regelung) dienen.

7.6.4 Positiv- und Negativlisten

822. Über die Zulassung eines Arzneimittels hinaus existieren in den meisten Ländern Regulierungen bezüglich der Erstattungsfähigkeit, also der Übernahme der Kosten durch die Kostenträger (vgl. Kapitel 7.5.2). Negativlisten schließen Medikamente von der Erstattungsfähigkeit aus, während Positivlisten umgekehrt erstattungsfähige Medikamente enthalten. Die sogenannten ‚*formularies*' können aber auch Mischformen, z. B. in Form von bevorzugt oder ohne Zusatzbegründung zu verordnenden Arzneimittellisten enthalten.

823. Die medizinischen und ökonomischen Wirkungen von Positivlisten sind umstritten (vgl. Addendum zum Gutachten 2000/2001, Kapitel 4.2). Es gibt aber keine empirischen Belege dafür, dass Positivlisten zu einer medizinisch bedrohlichen Rationierung führen. Das Verhältnis von Arzt und Patient kann durch eine solche Liste entlastet werden, weil Leistungen explizit ausgeschlossen werden und keine implizite Rationierung durch den behandelnden Arzt erfolgen muss. Andererseits findet sich auch keine Evidenz für eine langfristige Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Arzneimittelversorgung durch die Einführung einer Positivliste. Positiven Effekten auf die Strukturqualität des erstattungsfähigen Arzneimittelsortiments stehen negative Erfahrungen hinsichtlich der Einführung innovativer Präparate gegenüber (vgl. Schneider, M. et al. 2000). Die im Zuge des Gesundheitsreformgesetzes 2000 geplante ‚Liste verordnungsfähiger Arzneimittel' wurde mit dem GMG fallen gelassen.

Auch von einer Aktualisierung der Negativliste sah der Gesetzgeber bisher ab.[190] Diese Negativliste im engeren Sinne bezeichnet in Deutschland die Rechtsverordnung nach § 34 Abs. 2 u. 3 SGB V, wonach das BMGS in Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit sowie mit Zustimmung des Bundesrates Arzneimittel von der Erstattung ausschließen kann, die ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden oder unwirtschaftlich sind. Im internationalen Vergleich ging die Einführung einer Negativliste teilweise mit einer Tendenz zu

[190] Die entsprechende „Verordnung über unwirtschaftliche Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung" vom 21. Februar 1990, geändert durch Verordnungen vom 16. November 2000 und vom 9. Dezember 2002, besitzt nach wie vor Gültigkeit.

Ausgabensteigerungen einher (vgl. Schneider, M. et al. 2000). Allerdings war hier eher mit einer Kostenminderung der medizinischen Versorgung insgesamt zu rechnen.

Die Wirkung von Positiv- oder Negativlisten kann jedoch nicht unabhängig von anderen regulativen Maßnahmen, wie z. B. Zuzahlungsregelungen oder Budgetverantwortung der Ärzte, betrachtet werden. Von großer Relevanz ist auch die Qualität und Transparenz des Beurteilungsverfahrens für die Aufnahme in eine solche Liste. Jede Einschränkung bei der Erstattung von Arzneimitteln birgt Fehlanreize durch Umdeklarieren von Diagnosen u. ä. in sich. Statt nicht erstattungsfähiger Medikamente gegen Erkältung ist beispielsweise eine übermäßige Verordnung von erstattungsfähigen Antibiotika denkbar. Diese Fehlanreize komplett zu eliminieren ist nicht möglich, daher liegt die Verantwortung für sinnvolles Verschreiben letztlich beim behandelnden Arzt.

824. Eine Positivliste ist immer dann für eine erhöhte Transparenz auf dem Arzneimittelmarkt notwendig, wenn die Zulassungsbedingungen keine Gewähr dafür bieten, dass nur Arzneimittel mit therapeutischer Relevanz in den GKV-Markt gelangen. Der Sachverständigenrat hat sich in seinem Gutachten 2000/2001 für Festbeträge als eine Form der Begrenzung der Erstattung von neu zugelassenen Arzneimitteln und hier insbesondere von Analogpräparaten auf der Grundlage pharmakoökonomischer Kosten-Effektivitäts-Studien ausgesprochen. Das Etablieren einer so genannten ‚vierten Hürde', die für die Erstattungsfähigkeit neuer Medikamente den Nachweis eines günstigen Nutzen-Kosten-Verhältnisses verlangt, könnte die Wirkung einer generellen Positivliste auf Dauer ersetzen, wenn auch bereits im Markt befindliche Arzneimittel dieser Prüfung unterzogen werden.

Eine Positivliste kann beispielsweise in Krankenhäusern oder bestimmten Versorgungsformen das Spektrum der erstattungsfähigen Arzneimittel reduzieren. Als Wettbewerbsparameter einzelner Kassen insbesondere im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme oder anderer Ansätze integrierter Versorgung erscheinen solche Listen daher als geeignetes Instrument, das beispielsweise bei Managed Care-Programmen in den USA seit längerem eingesetzt wird.

7.6.5 Integrierte Versorgung

825. In den USA wurden in den vergangenen Jahren zahlreiche Studien erstellt, die den Einfluss von ‚Managed Care' auf das Verordnungsverhalten untersuchten.[191] Lyles, A. und Palumbo, F.B. (1999) zeigen auf, dass ‚*health maintenance organizations*' (HMOs) eine Vielzahl von Instrumentarien nutzen, um den Verbrauch und die Ausgaben für Arzneimittel zu steuern. Dazu gehören die Substitution von Originalpräparaten durch Generika oder therapeutisch äquivalente Medikamente, Vorgaben bezüglich präferierter oder erstattungsfähiger Medikamente (‚*formularies*' bzw. Positivlisten), Zuzahlungen, Herstellerrabatte und anderes. Im Rahmen von ‚Managed Care' werden daher viele der bereits erwähnten Strategien zusammengeführt. ‚*Formularies*' werden von über 90 % der HMOs verwendet (vgl. Dranove, D. et al. 2003) und sind daher ein wichtiges strategisches Instrument in den Beziehungen von ‚Managed Care'-Organisationen mit Arzneimittelherstellern, Ärzten und Patienten.

826. Viele Autoren stellten im Rahmen von ‚Managed Care' eine ausgabensenkende Wirkung solcher Instrumentarien im Bereich der Arzneimittelversorgung fest (vgl. Chernew, M. et al. 2000; Motheral, B.R. u. Henderson R. 1999/2000); Hillman, A.L. et al. (1999) untersuchten beispielsweise die finanziellen Anreize für Ärzte und Patienten unter ‚Managed Care'. Die Autoren kamen zu dem Ergebnis, dass höhere Zuzahlungen seitens der Patienten signifikant geringere Arzneimittelausgaben in ‚*independent practice associations*' (IPAs), in denen Ärzte keinem Risiko bezüglich der Arzneimittelausgaben ausgesetzt wurden, zur Folge hatten. In HMOs, in denen die Ärzte das finanzielle Risiko ihrer Arzneimittelverordnungen trugen, zeitigten sie jedoch keine Wirkung. Eine mögliche Erklärung besteht darin, dass in IPAs die Anreize für Ärzte gering sind, folglich die Patientenzuzahlungen großen Einfluss haben. Umgekehrt ist die Zahl der unnötigen Verordnungen in HMOs sowieso schon gering, weshalb Zuzahlungen hier keine Wirkung entfalten.[192]

Bezüglich der Substitution durch Generika findet sich eine gemischte Evidenz. Hellerstein, J.K. (1998) stellte fest, dass Patienten, die einen Arzt mit einem hohen Anteil an HMO-Patienten aufsuchten, mit höherer Wahrscheinlichkeit ein Generikum verschrieben bekamen als bei einem anderen Arzt. Interessanterweise machte es keinen Unterschied, ob der Patient selbst Mitglied einer HMO war oder nicht. Finanzielle Anreize und die Verfügbarkeit von Information in HMOs sind vermutlich stärker als außerhalb, und die Substitution durch Generika wird in HMOs genauer spezifiziert. Allerdings ist auch der Aspekt der Selbstselektion kosten- und qualitätsbewusster Ärzte in HMOs nicht auszuschließen. Eine aktuellere Studie von Rice, J.L. (2004) zeigte jedoch, dass ‚Managed Care'-Organisationen nur begrenzt erfolgreich dabei sind, Ärzte zum Verordnen von Generika zu bewegen.[193] Während in den aktuelleren Zahlen die HMO-Mitgliedschaft der Patienten einen positiven Einfluss ausübte, ließen sich keine signifikanten Effekte durch Vorgaben bei der Medikation (‚*formularies*') oder durch die Anstellung in einer HMO-Praxis bzw. die entsprechenden Unterschiede in

[191] Die Aussagekraft von empirischen Studien im Bereich der ‚Managed Care' ist allerdings aufgrund der Heterogenität der Organisationsformen häufig beschränkt.

[192] Ein weiteres wichtiges Ergebnis der Studie war, dass Arzneimittelverordnungen eher komplementäre als substitutive Güter zu Arztbesuchen darstellen. Höhere Zuzahlungen zu Arztbesuchen führten zu geringeren Arzneimittelverordnungen in beiden Systemen. An anderer Stelle wurde bereits darauf verwiesen, dass auch in Deutschland eine große Anzahl der Arztbesuche mit einer Verordnung endet (vgl. Kapitel 7.4 Bedeutung des hausärztlichen Sektors).

[193] Beide Studien basieren auf Daten des National Ambulatory Medical Care Survey (NAMCS). Hellerstein untersuchte das Jahr 1989, Rice die Jahre 1995–2000.

der Vergütung feststellen. Möglicherweise heben sich die verschiedenen Steuerungsfaktoren auf den Arzt gegenseitig auf. Des weiteren handeln HMOs in vielen Fällen Rabatte mit Herstellern von Originalprodukten aus, die bewirken, dass die Originalpräparate zum einen in den *‚formularies‘* enthalten sind und zum anderen die Preisdifferenz zum entsprechenden Generikum sinkt. Folglich sinkt der Anteil der Generika an den Verordnungen.

827. Um das Verordnungsverhalten besser zu steuern und Anreize zu eventuell kostenintensiveren Ausweichstrategien wie Überweisungen zu mindern, wird auch in Deutschland vielfach eine verstärkt integrierte Versorgung vorgeschlagen (vgl. Schwermann, T. et al. 2003; Gutachten 2003, Band II, Kapitel 6.1). Die gesetzlichen Grundlagen integrierter Versorgung sind §§ 63–64 SGB V für Modellvorhaben, § 73a SGB V für Strukturverträge und §§ 140a–d SGB V für integrierte Versorgungsformen. Integrierte Versorgung zielt stärker auf Prävention und ambulante Versorgung als die ‚traditionelle‘ ärztliche Versorgung. Dieser Ansatz führt daher vermutlich eher zu einem Anstieg des Arzneimittelverbrauchs gegenüber anderen Behandlungsarten. Diese Überlegungen gelten auch für die sogenannten Disease Management-Programme (DMP) bei chronischen Krankheiten (vgl. § 137 f–g SGB V; Gutachten 2003, Band II, Kapitel 6.2). Mittlerweile werden Programme für Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs von einigen Kassen durchgeführt. Darüber hinaus existieren Rechtsverordnungen, die das Anbieten von DMP für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1, koronaren Herzerkrankungen sowie Asthma bronchiale und chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen ermöglichen. Programme für diese Indikationen sind in Planung. Die Behandlung von Patienten im Rahmen von DMP verspricht eine stärkere Leitlinienorientierung und Qualitätssicherung auch in der Pharmakotherapie. Eine qualitativ hochwertige Behandlung im Rahmen integrierter Versorgung kann jedoch vor allem durch entsprechende Fortschritte in der evidenzbasierten Medizin erfolgen. Sektorenübergreifende Leitlinien und die Vermittlung ihrer Inhalte an die beteiligten Akteure bilden dabei wichtige Voraussetzungen für eine erfolgreiche Pharmakotherapie. Des Weiteren besteht Forschungsbedarf bezüglich des Zusammenspiels und Einflusses der zahlreichen Instrumente bei der Etablierung, Ausgestaltung und Umsetzung integrierter Versorgung nicht nur auf die Ausgaben für Arzneimittel, sondern auch auf die Gesundheit der Betroffenen.

7.6.6 Zuzahlungsregelungen

828. Die direkte finanzielle Beteiligung von Patienten an den Arzneimittelausgaben umfasst die Zuzahlung bei erstattungsfähigen Verordnungen, die Bezahlung nicht erstattungsfähiger Verordnungen und die Selbstmedikation (vgl. Schneider, M. et al. 2000). Zuzahlungen zu Arzneimitteln besitzen eine fiskalische und eine steuernde Funktion. Überflüssige Inanspruchnahme von Leistungen soll reduziert, und die Kostenträger des Gesundheitswesens sollen entlastet werden. Bei Erhöhung der finanziellen Beteiligung von Patienten an Arzneimittelausgaben sind kurzfristig ein Vorzieheffekt und eine verringerte Inanspruchnahme von Arzneimitteln zu erwarten. Längerfristig hängt die steuernde Wirkung von Zuzahlungen u. a. von Belastungsgrenzen und möglichen Zusatzversicherungen ab. Auch Zuzahlungen in anderen Bereichen des Gesundheitswesens können sich indirekt auf die Nachfrage nach Arzneimitteln auswirken. So führte die im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) zum 1. Januar 2004 eingeführte Praxisgebühr zu einem Rückgang der Arztbesuche (vgl. ZI 2005). In der Folge wurden auch weniger Medikamente verordnet. Gleichzeitig wurde durch das GMG jedoch auch die Zuzahlungsregelung zu verordneten Medikamenten geändert: Statt einer Rezeptgebühr müssen Versicherte nun 10 % des Abgabepreises, mindestens fünf und höchstens 10 € zu erstattungsfähigen Medikamenten zuzahlen (vgl. § 31 Abs. 2 und § 61 SGB V). Fällt ein Medikament unter das Referenzpreissystem, muss nach wie vor bei einem höheren Medikamentenpreis auch die Differenz zwischen Festbetrag und Abgabepreis vom Versicherten getragen werden. Die Verpflichtung des Arztes, den Patienten auf die Übernahme der Mehrkosten durch die Verordnung eines Medikaments hinzuweisen, das teurer als der Festbetrag ist, stellt für den Arzt einen gewissen Aufwand dar (vgl. § 73 SGB V). Diesen zu vermeiden, setzt Anreize, ein Präparat zu verschreiben, dessen Preis den Festbetrag nicht übersteigt. Parallel zu den Zuzahlungsvorgaben wurden auch die Regelungen zur Erstattungsfähigkeit sowie zu Belastungsgrenzen[194] geändert. Diese Vielzahl von Neuerungen erschwert einen Rückschluss auf die steuernde Wirkung von Einzelmaßnahmen. Auch die Effekte auf die Arzneimittelausgaben insgesamt ebenso wie die Inzidenz von Zuzahlungen sollen an dieser Stelle nicht weiter vertieft werden.[195] Bezüglich des Verordnungsverhaltens des Arztes ist jedoch von Interesse, inwieweit Patientenpräferenzen, die auch von finanzieller Beteiligung abhängen, durch den Arzt internalisiert werden und dessen Verordnungsverhalten verändern.

829. Im Zuge des RAND Health Insurance Experiment (vgl. Newhouse, J. et al. 1993) stellte man fest, dass veränderte Zuzahlungsregelungen zwar die Anzahl der Arztbesuche und dadurch die Zahl der Verordnungen be-

[194] § 62 SGB V legt fest, dass Versicherte maximal zwei Prozent (chronisch Kranke ein Prozent) der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt als Zuzahlungen leisten müssen.

[195] Es sei jedoch auf die Studie von Schneider, M. et al. (2004) verwiesen, die Zuzahlungen im internationalen Vergleich analysiert. Dabei werden auch die Auswirkungen des GMG auf die Versicherten in Deutschland untersucht. Es liegen mittlerweile auch erste Untersuchungen einzelner Kassen vor, die für ihre Versicherten die finanziellen Belastungen und das veränderte Nachfrageverhalten durch das GMG zu quantifizieren versuchen. Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) untersuchte fünf Monate nach Einführung des GMG in einer repräsentativen Umfrage das Inanspruchnahmeverhalten von GKV-Versicherten. Dabei zeigte sich, dass im ersten Quartal 2004 fast 12 % der Befragten, die im ersten Quartal nicht beim Arzt waren, wegen der neu eingeführten Praxisgebühr auf einen Arztbesuch verzichtet oder diesen ins nächste Quartal verschoben haben. Bei der Versichertengruppe mit einem Nettoeinkommen unter 1 000 € lag diese Zahl bei fast 20 %, bei der Einkommensgruppe mit mehr als 3 000 € nur bei 8,2 %.

einflussten,[196] jedoch weder maßgeblich auf die Wahrscheinlichkeit einer Verordnung durch den Arzt bei einem Arztbesuch noch die Wahrscheinlichkeit der Einlösung des Rezepts durch den Patienten wirkten. Auch der Anteil unangemessener Verschreibungen war über die verschiedenen Grade der Versicherungsdeckung hinweg nicht unterschiedlich. Ebenso wie das RAND Experiment fanden Hellerstein, J. (1998) und Rice, J.L. (2004), dass auch die Verordnung von Generika gegenüber Originalpräparaten nicht vom Versichertenstatus des Patienten abhing. Dagegen zeigt eine Studie für Deutschland (Ziegenhagen, D.J. et al. 2004), dass Privatversicherte in einigen Indikationsgebieten mehr patentgeschützte und teurere Medikamente verordnet bekommen als Versicherte der GKV (siehe auch Kapitel 7.8.1). Diese Beobachtung begründet sich jedoch vermutlich weniger in der Internalisierung von Kosten, die die Patienten tragen müssten, sondern in den weniger engen finanziellen Grenzen für den Arzt bei der Behandlung von Privatpatienten.

Ärzte scheinen die Kosten des Patienten stärker zu berücksichtigen, wenn die ihnen selbst gesetzten Anreize dies zulassen bzw. erfordern. Kasje, W.N. et al. (2002) berichten von einer Befragung von 21 niedergelassenen Ärzten in den Niederlanden. Diese gaben an, Zuzahlungen im Allgemeinen bei der Verordnungsentscheidung nicht zu berücksichtigen. Sie waren jedoch eher geneigt, auf Zuzahlungsbelastungen zu achten, wenn Patienten unter finanziellen Schwierigkeiten und an einer schweren Krankheit litten. Bei einem Vergleich von niedergelassenen Ärzten in Italien und Großbritannien fanden Hassell, K. et al. (2003) heraus, dass die Ärzte in Italien sich weniger intensiv mit Möglichkeiten der Kostenersparnis für Patienten auseinander setzten als in Großbritannien. Mögliche Ausweichstrategien bestanden im Verteilen von Arztmustern, der Diagnose von Indikationen, bei denen Ausnahmeregelungen möglich waren, einer Verzögerung der Therapie oder der Wahl einer billigeren, aber weniger effektiven Alternativtherapie. Die Ärzte beider Länder sahen Kosten für das Gesundheitssystem als ebenso relevant an wie die Kosten für den einzelnen Patienten. Die Unterschiede führten die Autoren der Studie darauf zurück, dass italienische Ärzte leichter erstattungsfähige Alternativen im System finden konnten, während britische Ärzte in einem System arbeiteten, in dem Patienten insgesamt hohe Zuzahlungen abverlangt werden.

830. Die Bindung der Erstattungsfähigkeit an die Rezeptpflicht von Arzneimitteln durch das GMG hat jedoch nach ersten Hinweisen dazu geführt, dass Ärzte in einigen Indikationsbereichen vermehrt rezeptpflichtige Medikamente verordnen. Dies deutet darauf hin, dass für die Ärzte die Unterscheidung ‚erstattungsfähig oder nicht' durchaus eine Rolle spielt, selbst wenn sie wenig Preisbewusstsein innerhalb des erstattungsfähigen Marktsegments besitzen. Bei einem Vergleich des Verordnungsverhaltens bei akutem Husten vor und nach Einführung des GMG in 27 Hausarztpraxen zeigte sich, dass es bei nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten zu einer deutlichen Verschiebung von Verordnungen zu Empfehlungen kam. Mukolytika und Analgetika wurden insgesamt jedoch nur geringfügig seltener 2004 als 2003 verordnet. Bei den verschreibungspflichtigen Präparaten zeigten sich jedoch spürbare Steigerungsraten. Im Jahr 2003 wurden in 53 % der Fälle Antibiotika verordnet, 2004 in 59 % der Fälle. Bei den Antitussiva stieg der Anteil um 4% an. Vor dem Hintergrund von unerwünschten Arzneimittelwirkungen und zunehmender bakterieller Resistenzentwicklung ist dies bedenklich (vgl. Altiner, A. 2004). Eine Analyse der Verordnungsdaten von BKK-Versicherten zeigte, dass von 8 097 Versicherten, die im 2. Quartal 2003 ein nicht verschreibungspflichtiges Antihistaminikum zur systemischen Anwendung einnahmen, ein Jahr später 5,1 % nun ein verschreibungspflichtiges Antihistaminikum erhielten. Von 5 155 Versicherten unter analgetischer und antipyretischer Therapie war im gleichen Zeitraum nur bei 1,6 % ein Wechsel zu einem verschreibungspflichtigen Präparat erfolgt (Meyer, F. 2004a).

In einer Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WIdO) gaben 22 % der Befragten an, nach Einführung des GMG ein Medikament nicht mehr bekommen zu haben, das ihr Arzt früher verordnet hatte. Die Auswertung der Arzneimittelverordnungen in der GKV im ersten Quartal 2004 zeigte einen Rückgang der Zahl der Verordnungen nicht verschreibungspflichtiger Medikamente gegenüber dem Vorjahreszeitraum von 64 % (vgl. Zok, K. 2004). Diese Daten deuten darauf hin, dass die steuernde Wirkung des GMG in diesem Punkt greift – allerdings muss genau beobachtet werden, inwieweit mit dieser Regelung unerwünschte Ausweichtendenzen auf das Verordnen verschreibungspflichtiger Präparate und der Verzicht insbesondere bei sozial schwachen Gruppen auf notwendige Medikamente einhergehen (vgl. auch Fußnote 176).

7.7 Beeinflussung des Verordnungsverhaltens durch die Pharmaindustrie

831. Die Bedeutung der pharmazeutischen Industrie für den Standort Deutschland wurde bereits in Kapitel 7.3.1 angesprochen. Auch in seinen Gutachten 1996 und 1997 hat der Rat auf die Bedeutung des Gesundheitswesens als Zukunftsbranche und Wirtschaftsfaktor hingewiesen. Effektive Medikamente, mit deren Hilfe Krankheiten und ihre Folgen besser behandelt werden können als früher, tragen erheblich zum Gewinn an Lebensqualität für den Einzelnen und an Wohlfahrt für die Gesellschaft bei. In den letzten Jahren sind einige Medikamente auf den Markt gekommen, die bedeutende therapeutische Fortschritte ermöglichten. Als Beispiele seien an dieser Stelle die antiretroviralen Medikamente zur Behandlung von AIDS, die u. a. bei der Therapie infektiöser Leberentzündungen eingesetzten Interferone, die Gruppe der sogenannten Protonenpumpenhemmer, welche die

[196] Höhere Kostenbeteiligung führte zu weniger Verordnungen von rezeptpflichtigen und nicht rezeptpflichtigen Medikamenten, eine Substitution hin zu OTC-Präparaten war jedoch nicht erkennbar.

Magensäureproduktion wirksamer unterdrücken als Vorgängerpräparate, die im Vergleich zu älteren Medikamenten nebenwirkungsärmeren Antidepressiva vom SSRI-Typ sowie die verschiedenen neuen Hemmstoffe der Blutgerinnung, die bei der Behandlung der koronaren Herzerkrankung zum Einsatz kommen, genannt. Durch den Einsatz neuerer Medikamente können u. U. Kosten in anderen Sektoren wie z. B. Krankenhausaufenthalte eingespart werden (vgl. Lichtenberg, F.R. 2001). Ein Beispiel hierfür ist die Eradikationstherapie bei Magen-Darm-Geschwüren (Glaeske, G. et al. 2003). Die Bedeutung der Industrie für diese Fortschritte wird ausdrücklich gewürdigt. Im übrigen erfüllen auch Unternehmen, die nicht forschen, sondern ‚nur' nach Ablauf von Patenten preiswerte Generika zur Verfügung stellen, eine wichtige ökonomische Aufgabe innerhalb des Gesundheitssystems.

832. Nach Ablauf der Patentlaufzeit ist ein Arzneimittelhersteller meist sehr schnell der Konkurrenz durch Generika-Anbieter ausgesetzt. Mitunter herrscht auch während der Laufzeit des Patents schon Wettbewerbsdruck durch Analogpräparate. So reduzierte das erste Analogon bei den ACE-Hemmern, ‚Enalapril', bereits ein Jahr nach seiner Markteinführung im Jahr 1984 den Marktanteil des Originals ‚Captopril' (Markteinführung 1981) auf knapp 60 %. Erst 1994 kam das erste Generikum für ‚Captopril' auf den Markt (vgl. Häussler, B. et al. 2002). Um eine gewisse Marktmacht trotz des Konkurrenzdrucks ausüben zu können, ist die Kundenbindung aus Sicht der Pharmaunternehmen besonders wichtig. Durch entsprechende Maßnahmen gegenüber Ärzten und Patienten sollen Verordnung und Kauf von Originalpräparaten gesichert werden. Die Bereitstellung von Informationen über das Produkt und die Verankerung des Firmen- oder Produktnamens im Bewusstsein von Ärzten und Patienten gehen dabei meist Hand in Hand. Dabei kann ökonomisch rationales Handeln einzelner Pharmaunternehmen in Konflikt mit gesellschaftlichen Interessen geraten. Der Gesundheitsmarkt als ganzer und der Arzneimittelmarkt im Speziellen ist von asymmetrischer Informationsverteilung geprägt. Es erscheint daher angemessen, die Mechanismen transparent zu machen, die den Arzneimittelmarkt prägen. Hierzu gehören u. a. auch die Marketingstrategien der Pharmaindustrie. Eine solche Offenlegung zielt innerhalb eines wettbewerblichen Systems nicht darauf ab, die gewinnorientierte Vermarktung eines Produktes zu unterbinden. Ärzte und Patienten sollten aber über die Möglichkeiten der Beeinflussung informiert sein, um sich vor ihnen schützen und verantwortlich handeln zu können. Des weiteren müssen der Öffentlichkeit und den Fachleuten Informationen zur Verfügung stehen, die nicht durch ökonomische Interessen verzerrt sind. In der Vergangenheit hat sich der Rat wiederholt sowohl für eine nicht interessengeleitete, in ihrer Qualität gesicherte ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung (Gutachten 2000/2001, Band II, Kapitel 1.1) als auch für die verständliche, zuverlässige und unabhängige Nutzerinformation (Gutachten 2003, Band I, Kapitel 3.3) eingesetzt. In diesem Kontext sind auch die folgenden Ausführungen zu sehen.

7.7.1 Strategische Entscheidungen bei Forschung, Entwicklung und Zulassung eines Medikaments

833. Die Ausgaben der Mitgliedsunternehmen des Verbands forschender Arzneimittelhersteller e.V. (VFA) für Forschung und Entwicklung (FuE) beliefen sich im Jahr 2003 nach Angaben des Verbandes auf 3,82 Mrd. €. Dies waren ca. 14,9 % des Umsatzes dieser Unternehmen. Der Durchschnitt für die pharmazeutische Industrie in Deutschland lag laut VFA in 2003 bei 12,1 %. Vergleichbare Zahlen finden sich auch im internationalen Rahmen: Reinhardt, U.E. (2004) berichtet von 14 % Umsatzanteil, der bei 13 großen forschungsorientierten Pharmaunternehmen in den USA 2002 in FuE floss. Entsprechende Zahlen von Verbänden der Pharmaindustrie liegen oftmals höher: Laut Angaben des amerikanischen Pharmaherstellerverbandes (PhRMA 2004) beläuft sich der Anteil der Ausgaben für FuE bei PhRMA-Mitgliedsunternehmen in 2003 auf 15,6 %. Im Pharma-Markt Schweiz (2004) ist sogar von 19,9 % FuE-Ausgaben für 2003 die Rede. Andere Quellen wie die Public Citizen Health Group (12,5 % in 2001) geben deutlich geringere Werte an. Families USA (2002) spricht von durchschnittlich 11 % (2001) bei US-Firmen, die die 50 wichtigsten Arzneimittel für ältere Menschen herstellen.

834. Auch die Angaben über die Dauer und Kosten der Entwicklung eines Arzneimittels variieren zum Teil erheblich. Die Herstellung einer *new chemical entity* (NCE) dauert ca. zehn bis zwölf Jahre, wovon ca. fünf Jahre auf vorklinische Forschung und weitere fünf Jahre auf die klinischen Phasen I, II und III entfallen (vgl. VFA 2004b). Daran schließt sich die Dauer des Zulassungsverfahrens an. In Deutschland ist für die Zulassung gemäß Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und pharmazeutischer Qualität das BfArM zuständig (vgl. Kapitel 7.5.1). Die Prüfungsdauer überschreitet insbesondere bei älteren Fällen oft die gesetzlich vorgesehene Frist von sieben Monaten; eine Reduzierung ist auch aus ökonomischer Sicht wünschenswert. Je länger die Zulassung eines Medikaments dauert, desto höher sind die Entwicklungskosten für den Hersteller, und desto länger müssen Patienten auf neue Arzneimittel warten. Die Zeitspanne zwischen Patentierung und Markteinführung stieg bei verschiedenen Gruppen von Original- und Analogprodukten über die Zeit an. Bei den ACE-Hemmern betrug diese Zeitspanne beispielsweise für das Originalpräparat ‚Captopril' 4,7 Jahre (Markteinführung 1980), für das Analogpräparat ‚Moexipril' 14,7 Jahre (Markteinführung 1995).[197] Dies geht vermutlich zumindest z. T. auf Verschärfungen der Zulassungsregelungen zurück (vgl. Häussler, B. et al. 2002). Aus

[197] Das Intervall wurde tendenziell größer, je mehr Präparate dieser Wirkstoffklasse bereits auf dem Markt waren. Auch lagen z. T. mehrere Jahre zwischen der weltweit ersten Markteinführung und dem Beginn der Vermarktung in Deutschland. Anhand der Daten von Häussler, B. et al. (2002) lässt sich auch darstellen, dass es eine erste Welle zeitlich dicht beieinander liegender Patentierungen gab. Dies wird von den Autoren als Indiz für eine echte Parallelentwicklung verschiedener Substanzen der gleichen Stoffgruppe gewertet. Die eigentlichen Nachahmerprodukte wurden erst später entwickelt.

diesem Grund plant die Bundesregierung, durch Umstrukturierung des BfArM das Zulassungsverfahren zu verbessern und Wettbewerbsnachteile gegenüber konkurrierenden Zulassungsstellen anderer EU-Staaten zu beseitigen. Nach einem Referentenentwurf des BMGS soll die Bundesoberbehörde BfArM in eine bundesunmittelbare Anstalt des öffentlichen Rechts mit dem Namen ‚Deutsche Arzneimittel- und Medizinprodukteagentur' (DAMA) überführt werden. Die neue Agentur würde mit eigener Personal-, Organisations- und Finanzhoheit mehr Autonomie besitzen. Eine Bewertung der Auswirkungen auf Qualität und Dauer des Zulassungsverfahrens sowie auf die Arzneimittelsicherheit ist zu diesem Zeitpunkt noch nicht möglich.

Zur Ermittlung der Entwicklungskosten von innovativen Präparaten untersuchten Di Masi, J.A. et al. (2003) 68 Medikamente von zehn Pharmaunternehmen, die im Zeitraum von 1983 bis 1994 erstmals an Menschen getestet wurden (klinische Phase I). In US $ Preisen von 2 000 errechneten die Autoren zum Zeitpunkt der Markteinführung die gesamten FuE-Kosten für ein neues Medikament mit 802 Mio. US $, wobei sie eine reale Diskontrate von 11 % zugrunde legten. Der Einbezug von FuE-Geldern, die nach der Marktzulassung anfielen, erhöhte diesen Betrag auf fast 900 Mio. US $. In einer Vorläuferstudie aus dem Jahr 1991, die die FuE-Kosten in den achtziger Jahren im Fokus hatte, wurden noch Kosten in Höhe von 231 Mio. US $ (in US $ Preisen von 1987 und mit einer Diskontrate von 9 %) ermittelt (vgl. Di Masi, J.A. et al. 1991). Diese Zahlen wurden kontrovers diskutiert.[198] Die Public Citizen Group (o. J.) rechnete beispielsweise vor, dass die Kosten für ein neues Medikament nur bei 240 Mio. US $ lägen. Dabei sei auch zu berücksichtigen, dass die Studie von Di Masi et al. (2003) nur die innovativsten Präparate (*‚in-house developed NCEs')* in ihre Berechnung einbezogen habe. Bei der Interpretation von Aussagen zu den Entwicklungskosten von Medikamenten muss also berücksichtigt werden, dass diese Kosten je nach Produkt weit streuen (vgl. Frank, R.G. 2003). Viele der jährlich neu auf den Markt gebrachten Arzneimittel sind keine Neuentwicklungen im eigentlichen Sinne, noch nicht einmal Nachahmerprodukte, sondern lediglich sogenannte *‚line extensions'* (z. B. zusätzliche Darreichungsformen eines bereits auf dem Markt erhältlichen Medikaments). Nach Angaben des amerikanischen Arzneimittelherstellerverbandes PhRMA 2001 entfielen 1999 ca. 18 % der Ausgaben für FuE auf solche Erweiterungen der Produktpalette, andere Quellen sprechen sogar von 30 % (vgl. Frank, R.G. 2003; siehe auch Angell, M. 2004). In den 1990ern waren in den USA fast zwei Drittel der neu zugelassenen Mittel andere Zubereitungsformen oder Kombinationen bekannter Wirkstoffe (Pharma-Brief 8–9/2001). Ungeachtet ihrer relativ geringen Entwicklungskosten tragen solche Produkte, die durchaus hinsichtlich Wirksamkeit oder Anwendungsfreundlichkeit Vorteile bieten können, z. T. erheblich zu den Umsätzen und Gewinnen der Hersteller bei. Oftmals wird Forschung und Entwicklung durch ‚Quersubvention' erleichtert, wenn materielle und immaterielle Investitionen für die Entwicklung eines Wirkstoffs auch der Entwicklung eines anderen zu Gute kommen. Häufig werden zudem mehrere chemisch eng verwandte (Molekülvariation) oder in ihren dreidimensionalen Strukturen sowie wichtigen biophysikalischen Eigenschaften ähnliche Substanzen gleichzeitig entwickelt und getestet. Die neuen Möglichkeiten des computergestützten *drug design* erleichtern diese Vorgehensweise. Ungeachtet dieser Alternativen bleibt die Entwicklung eines innovativen Arzneimittels ein komplexer und aus unternehmerischer Sicht kostspieliger und riskanter Prozess. Nur ca. 21,5 % aller NCEs, die klinische Studien der Phase I beginnen, gelangen letztlich in den Markt. Für den Abbruch verantwortlich sind zu 22,5 % unbefriedigende Wirksamkeit, zu 21,7 % *‚portfolio consideration'* (das Mittel passt nicht in die vorhandene Produktpalette), zu 20,2 % Zweifel an der klinischen Anwendungssicherheit und zu 19,4 % toxikologische Bedenken. Die übrigen 16,2 % verteilen sich auf diverse andere Gründe (Frank, R.G. 2003).

835. Im Jahr 2003 wurden in Deutschland 2398 Arzneimittel neu zugelassen. Hierunter waren 390 Fertigarzneimittel mit neuen, zuvor wissenschaftlich nicht allgemein bekannten Inhaltsstoffen sowie 73 Präparate, die durch die europäische Zulassungsbehörde EMEA (European Medicines Evaluation Agency) ihre Zulassung erhielten.[199] Unter diesen Präparaten befinden sich 17 neue Arzneistoffe, die in Deutschland in 2003 erstmals in die Therapie eingeführt wurden. Unter Verwendung der Einteilung von Fricke und Klaus[200] stuft der Arzneiverordnungsreport sieben dieser 17 Stoffe als wirklich innovativ ein (Kategorie A), fünf weitere stellen zumindest Verbesserungen gegenüber den vorhandenen Präparaten dar (Kategorie B) (vgl. Fricke, U. u. Schwabe, U. 2004). Damit führen 70,6 % der neuen Arzneistoffe zu einem Fortschritt in der Arzneitherapie. Die übrigen Arzneimittel werden allerdings als Analogpräparate ohne relevanten Vorteil bewertet (Kategorie C) (Abbildung 39)

836. Diverse Faktoren beeinflussen die Profitabilität der Entwicklung eines Arzneimittels. Dabei sind insbesondere folgende regulative Maßnahmen von Bedeutung:

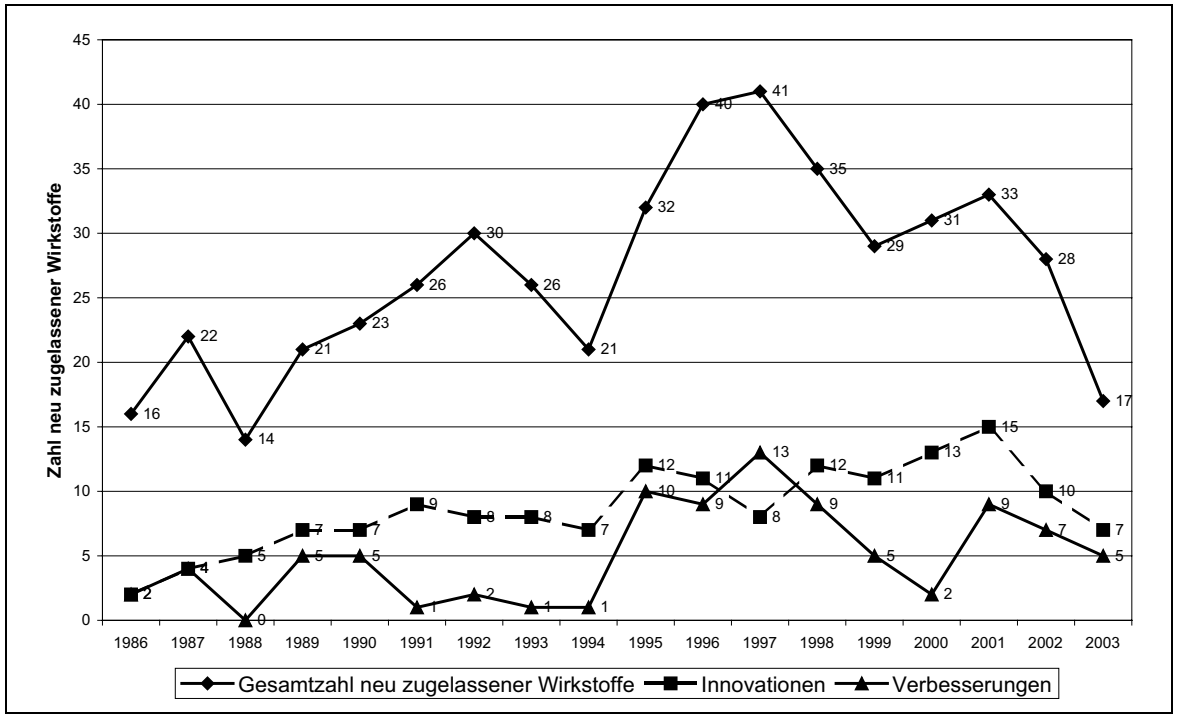
[198] Kritisch beurteilen kann man beispielsweise die Verwendung einer Diskontrate von 11 %, die möglicherweise die Kosten zum Zeitpunkt der Markteinführung künstlich erhöht.

[199] Das europäische Zulassungsverfahren wird von den Herstellern zunehmend häufiger genutzt. Seit dem 01.01.1998 ist dieses Verfahren verpflichtend, wenn ein Wirkstoff gentechnisch hergestellt oder in mehr als einem Mitgliedsstaat der EU in den Verkehr gebracht werden soll. Bei Vergleichen ist zu berücksichtigen, dass hierbei nicht nur wie in Deutschland Darreichungsformen und Dosisstärken separat gezählt werden, sondern auch unterschiedliche Packungsgrößen (vgl. Fricke, U. u. Schwabe, 2004).

[200] Anhand ihrer innovativen Qualitäten werden Arzneimittel in vier Gruppen eingeteilt: A: Innovative Struktur bzw. neuartiges Wirkprinzip mit therapeutischer Relevanz, B: Verbesserung pharmakodynamischer oder pharmakokinetischer Eigenschaften bereits bekannter Wirkprinzipien; C: Analogpräparat mit keinen oder nur marginalen Unterschieden zu bereits eingeführten Präparaten; D: Unklarer therapeutischer Stellenwert oder nicht ausreichend gesichertes Wirkprinzip (siehe z. B. Fricke, U. u. Schwabe, 2004).

Abbildung 39

Anzahl innovativer und verbesserter Wirkstoffe



Quelle: Fricke, U. und Schwabe, U. (2004)

- Anforderungen an die Zulassung,
- Beschränkung der erreichbaren Patientengruppen z. B. durch Behandlungsleitlinien,
- Regulierung der Erstattungspreise nach und evtl. auch vor Ablauf der Patentlaufzeit z. B. durch ein Festbetragssystem,
- Regulierung der Gewinnmargen,
- Regulierung der Konkurrenz z. B. durch Kriterien für importierte Medikamente und
- Beschränkung der Werbung und des Produktmarketing.

Relevante Kriterien des Absatzmarktes sind unter anderem Merkmale der potenziellen Indikation, wie z. B. die Häufigkeit und Schwere einer Erkrankung, deren akuter oder chronischer Verlauf und die regionale Verteilung der Erkrankung. Andere Kriterien können z. B. die Zahlungsfähigkeit der Betroffenen bzw. der nationalen Gesundheitssysteme, die Preiselastizität der Nachfrage, die Qualität vorhandener Alternativen und die Wettbewerbssituation in potenziell wichtigen Teilmärkten sein. Dabei können sowohl Nischenkonzepte, wie z. B. teure Spezialprodukte für einen kleinen Abnehmerkreis, der auf diese angewiesen ist (unelastische Nachfrage), als auch Massenprodukte, d. h. eher günstige Medikamente für weitverbreitete Krankheiten (elastische Nachfrage), ökonomisch erfolgversprechend sein (vgl. Häussler, B. et al. 2002). Die Hersteller reagieren auf diese Bedingungen beispielsweise, indem sie Indikationsgebiete, Darreichungsformen, Termine der Inverkehrbringung und Preise gezielt regional anpassen. Von herausragender Bedeutung für den Markterfolg ist heute überdies das (vermarktbare) Innovationspotenzial der neu entwickelten Substanzen.[201]

In vielen Indikationsgebieten sind die Absatzchancen gestiegen. Dies gilt insbesondere für chronische Krankheiten, an denen auch in Schwellen- und Entwicklungsländern immer mehr Menschen leiden. Unter den Bedingungen globaler Absatzmärkte verzeichnen beispielsweise einige lateinamerikanische Länder hohe Umsatzzuwächse, und die ehemaligen Ostblockländer sind zu neuen Absatzmärkten für westliche Pharmafirmen geworden (vgl. www.ims-global.com). Die interne Rendite (*‚internal rate of return‘*) der Pharmaunternehmen wird in einigen Studien als nicht exzessiv bezeichnet. Laut Di Masi, J.A. et al. (2003) liegt sie in der Nähe der Kapitalkosten. Andere Quellen verweisen auf Umsatzrenditen

[201] Teilweise entwickeln bzw. vermarkten Pharmakonzerne jedoch auch auf den ersten Blick unprofitable Medikamente, z. B. gegen Dengue-Fieber, Tuberkulose oder Malaria. Dies geschieht aus Gründen der Reputation, aufgrund des öffentlichen Drucks oder weil sich die Konzerne den Zugang zu Mitteln aus internationalen Fonds versprechen.

von über 18 %. So bezifferte z. B. Families USA (2002) die Rendite der pharmazeutischen Industrie für 2001 auf 18,5 %. Vertreter der Pharmaindustrie verweisen demgegenüber darauf, dass die Renditen bei adäquater Berücksichtigung von FuE auf kompetitivem Niveau liegen (vgl. Frank, R.G. 2003).

Die staatliche Förderung von preisgünstigen importierten Arzneimitteln kann die Profitabilität eines Arzneimittels unter Umständen erheblich schmälern. So verpflichtet z. B. § 129 Abs. 1 SGB V die Apotheken zur Abgabe von preisgünstigen importierten Arzneimitteln, wenn deren Preis mindestens 15 % oder mindestens 15 € unter dem Preis des Bezugsarzneimittels liegt. Große Preisunterschiede, die für die gleichen Medikamente zwischen einzelnen Ländern bestehen, bieten Anreize für Parallel- und Reimporte. Diese lohnen sich vor allem bei noch patentgeschützten Originalpräparaten, denn diese sehen sich zumeist noch keiner Konkurrenz durch Nachahmerprodukte ausgesetzt. Die staatliche Förderung von Parallel- und Reimporten führt zwar bei den Krankenkassen zu Ersparnissen, wirft aber insofern ordnungspolitische Probleme auf, als die jeweiligen Preisunterschiede nicht auf eine bessere Produktionstechnik oder preiswertere Produktionsfaktoren, sondern nur auf eine unterschiedliche Intensität der staatlichen Arzneimittelregulierung zurückgehen. Es findet z. B. bei Reimporten auch kein Preiswettbewerb unterschiedlicher Hersteller statt, so dass es sich letztlich um einen Import ausländischer Arzneimittelregulierung handelt (vgl. Oberender, P. 1986). Aus allokativer Sicht findet bei Reimporten durch den zweimaligen Versand über Ländergrenzen hinweg in Verbindung mit einer geänderten Packungsbeilage eine Verschwendung volkswirtschaftlicher Ressourcen statt.

Wie oben angedeutet, beruhen die im internationalen Vergleich teilweise erheblichen Preisunterschiede bei gleichen Arzneimitteln darauf, dass einige Länder, wie z. B. die südeuropäischen, die Preise durch staatliche Regulierung auf einem relativ niedrigen Niveau fixieren, während andere Länder wie z. B. die USA, die Schweiz und Deutschland, keine staatliche Preisregulierung vornehmen und auch eine weitgehende Erstattung der von den Herstellern geforderten Preise durch die jeweilige soziale Krankenversicherung vorsehen. Die pharmazeutischen Hersteller betonen teilweise zurecht, dass die regulierten Arzneimittelpreise mancher Länder nur einen wenn auch noch positiven, aber unzureichenden Deckungsbeitrag zu den Gesamtaufwendungen einer Arzneimittelinnovation leisten. Unter diesem Aspekt lässt sich trefflich darüber streiten, inwieweit die Arzneimittelpreise in den Ländern mit rigider Regulierung zu niedrig und entsprechend in den übrigen zu hoch ausfallen. Es dürfte jedoch feststehen, dass die Länder, die eine geringe Regulierungsdichte aufweisen, einen überproportionalen Anteil an den Forschungsaufwendungen tragen und die Länder mit starker Regulierung den pharmakologischen Fortschritt in erheblichem Umfang als *‚free rider‘* konsumieren bzw. erhalten.

Für den Absatz der Produkte der Pharmaunternehmen ist nicht zuletzt das Verhalten von Ärzten, Apothekern, Krankenhäusern und Patienten entscheidend. Zum Zeitpunkt der Verordnung muss der Arzt Informationen über die Existenz und Wirkungsweise eines Präparates besitzen. Insbesondere bei nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten muss diese Information auch beim Patienten vorliegen. Darüber hinaus ist der Aufbau einer Kundenbindung – also wiederholtes Verordnen bzw. Nachfragen des gleichen Präparats – aus Sicht des Pharmaunternehmens wünschenswert.

7.7.2 Kennzahlen zu Werbebudgets

837. Die Einführung eines neuen Arzneimittels in den Markt bedeutet noch nicht, dass der Arzt, der das Medikament verordnen soll, von seiner Existenz Kenntnis gewinnt. Eine zentrale Aufgabe für ein Pharmaunternehmen ist daher die Bereitstellung von Produktinformation sowie die Werbung und das Produktmarketing (vgl. Jacobzone, S. 2000). Das Gesetz über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens (Heilmittelwerbegesetz, zuletzt geändert durch das GKV-Modernisierungsgesetz vom 14. November 2003) regelt, welche Informationen über ein Arzneimittel in der Werbung für das Produkt enthalten sein müssen bzw. nicht enthalten sein dürfen, sowie welche Art von Werbung unzulässig oder irreführend ist. So darf generell keine Konsumentenwerbung für rezeptpflichtige Medikamente gemacht werden. Auch darf sich Werbung nur auf den Indikationsbereich beziehen, für den das Medikament zugelassen ist. Darüber hinaus gehende Hinweise dürfen nur gegeben werden, wenn sie direkt erbeten werden.

838. Die genaue Höhe der Ausgaben für Marketing ist schwer zu beziffern. Allgemein wird jedoch die Ansicht vertreten, dass sie die Forschungs- und Entwicklungsausgaben eines Unternehmens erreichen oder sogar übersteigen kann. Reinhardt, U.E. (2004) präsentiert Zahlen für 13 große forschungsbasierte Pharmaunternehmen in den USA, die 14,0 % des Umsatzes in FuE und 32,8 % in Verkaufsaktivitäten und allgemeine Verwaltungsausgaben investieren (vgl. auch Tabelle 89). Dies deckt sich mit Angaben für die US-Firmen, die die 50 wichtigsten Arzneimittel für ältere Menschen herstellen und durchschnittlich 27 % ihres Umsatzes für Marketing, Werbung und Verwaltungsaufgaben ausgeben (Families USA 2002). Nach Millenson, M.L. (o. J.) bzw. der Kaiser Family Foundation verwendeten pharmazeutische Unternehmen im Jahr 2000 14 % ihres Umsatzes auf das Marketing ihrer Produkte. Dabei stellte der Verkaufswert von Ärztemustern mit 7,1 % den größten Ausgabenblock dar, gefolgt von *detailing* (4,3 %), *direct-to-consumer-advertising* (2,2 %) und Zeitschriftenwerbung (0,4 %). Unter Detailing versteht man die Praxis der Pharmaindustrie, Pharmavertreter zu niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern zu schicken, um dort ihre Produkte bekannt zu machen. *Direct-to-consumer-advertising* bezeichnet Werbung, die sich direkt an den Verbraucher richtet. Nach Daten der Kaiser Family Foundation (2003) stiegen im Verlauf der letzten Jahre vor allem die Ausgaben für Ärztemuster und direkte Kundenwerbung (Abbildung 40). In einer Zusammenstellung von Angaben des Verbands der forschenden Arzneimittelhersteller (VFA), des Bundesverbands der pharmazeutischen Industrie (BPI) und der Gesellschaft für Pharmainformation in Nürnberg (GPI) gelangte Koch, K. (2001) für die pharmazeutische Industrie in Deutschland im Jahr 2000 zu folgenden Daten: Im

Tabelle 89

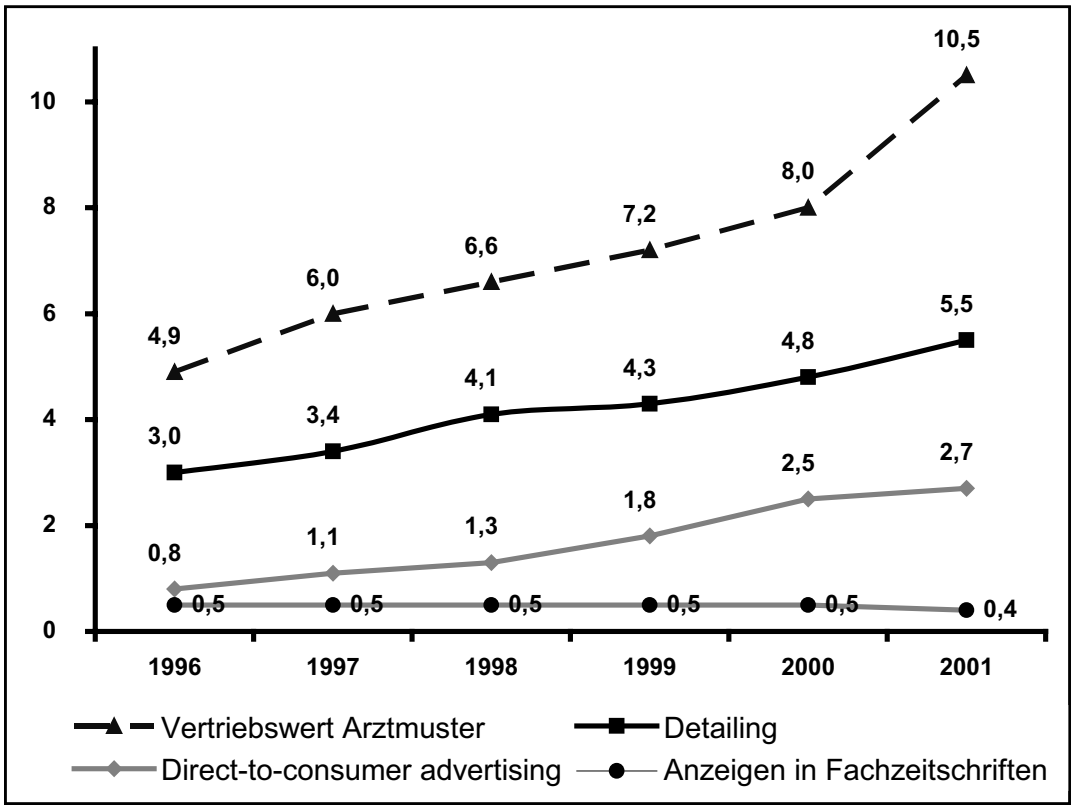
Ausgaben in der Pharmabranche für Vertrieb und Verwaltung sowie Forschung und Entwicklung im Jahr 2004 (in Prozent des Umsatzes)

	Vertrieb und Verwaltung	**FuE**
Pfizer	*32,2*	*14,6*
GlaxoSmithKline	*34,7*	*13,9*
Sanofi-Aventis	*29,3*	*16,4*
Merck	*32,0*	*17,5*
AstraZeneca	*38,6*	*16,2*
Novartis	*31,4*	*14,9*
Wyeth	*33,4*	*14,2*
Bristol-Myers Squibb	*33,2*	*12,9*
Eli Lilly	*30,9*	*19,4*
Roche	*33,3*	*16,3*

Quelle: Handelsblatt (2005) nach Unternehmensangaben/eigenen Berechnungen/CSFB

Abbildung 40

Verteilung der Werbeausgaben für verschreibungspflichtige Medikamente in den USA (Mrd. US $)



Quelle: Kaiser Family Foundation (2003); www.kff.org/rxdrugs/6084-index.cfm

Bereich der Selbstmedikation mit einem Umsatz von 3,8 Mrd. € wurden 418 Mio. € für Publikumswerbung ausgegeben. Im Bereich verordneter Medikamente mit einem Umsatz von 23,9 Mrd. € wurden Anzeigen in Fachzeitschriften für 143 Mio. € geschaltet, 51 Mio € für Aussendungen und Werbepost verbraucht sowie 1,4 Mrd. € für Gehälter, Spesen, Provisionen etc. von Pharmareferenten ausgegeben.

Ob diese hohen Marketing-Ausgaben der pharmazeutischen Industrie aus gesellschaftlicher Sicht wünschenswert sind, ist fraglich. Zwar ist zu vermuten, dass aus der Sicht des einzelnen Unternehmens über die Mittelverwendung individuell rational entschieden wird, jedoch wird damit nicht zwangsläufig ein gesamtwirtschaftlich effizientes Ergebnis erzielt. Ein Teil der Ausgaben für Werbung wird vermutlich in einem Nullsummen-Spiel im Wettbewerb um bestehende Marktvolumina verbraucht (vgl. Reinhardt, U.E. 2004).

7.7.3 Informationssteuerung und Produktmarketing

839. Informationssteuerung und Produktmarketing zielen vor oder nach der Markteinführung eines Arzneimittels darauf ab, im Bewusstsein der verordnenden Ärzte und der Verbraucher das zu behandelnde Krankheitsbild sowie den Produktnamen oder den Herstellernamen zu verankern. Im Vorfeld der Markteinführung eines neuen Medikaments wird häufig versucht, den Eindruck eines (objektiven) Bedarfs zu erwecken, auf den Verordnende und potenzielle Endverbraucher mit dem Wunsch nach einer Lösung reagieren sollen. Informationen zu Krankheiten und Medikamenten werden gezielt selektiert und über den Lebenszyklus eines Produkts in unterschiedlichen Strategien vermittelt. Dazu gehören u. a.

- das Erstellen vielfältiger Pressematerialien, die teilweise direkt von den Medien verwendet werden; entsprechende Berichte lenken die Aufmerksamkeit auf die fokussierte ‚Krankheit' und die passenden ‚Therapieoptionen',
- das Sponsoring von ‚unabhängigen Experten', ‚wissenschaftlichen' Symposien und anderen Informations- und Fortbildungsveranstaltungen bis hin zu internationalen Konsensuskonferenzen,
- das Entsenden von Pharmareferenten, die in Praxen und Krankenhäusern Informationen zu bestimmten Produkten bereitstellen,
- die Finanzierung von so genannten Anwendungs-Beobachtungs-Studien, deren Ergebnisse nicht immer wissenschaftlich wertvoll sind und die teilweise selektiv publiziert werden,
- die Unterstützung (bis hin zur Gründung) von Selbsthilfeorganisationen, aus deren Reihen bei Bedarf Betroffene für Auskünfte zur Verfügung stehen und
- die Initiierung und Beteiligung an ‚Aufklärungskampagnen' zu absatzrelevanten Gesundheitsstörungen.

Der Einsatz von Marketingstrategien ist, solange sie sich im Bereich der Legalität befinden, das ‚gute Recht' der Hersteller.[202] Es liegt jedoch an dem Gesetzgeber, den rechtlichen Rahmen so zu organisieren, dass Ärzte und Verbraucher – u. a. durch die Verpflichtung zur Veröffentlichung negativer Studienergebnisse – möglichst objektive Information erhalten. Dies beinhaltet auch die Bereitstellung von unabhängiger Information. Der Bedarf hierfür wird in den folgenden Ausführungen zu ausgewählten Marketingstrategien besonders deutlich.

Medikalisierung

840. Zu den Marketingstrategien der Industrie gehört auch das ‚Erfinden' von Krankheiten. Zumindest fördern Pharmaunternehmen[203] durch unterschiedliche Aktivitäten die Ausweitung von Krankheitsbegriffen (*disease mongering)* mit dem Ziel, Absatzmärkte zu erschließen und Marktchancen zu erhören. *Disease mongering* trägt zur seit langem kritisierten Medikalisierung des Lebens bei. Der Begriff Medikalisierung bezeichnet die Ausweitung medizinischer Behandlungsindikationen in bisher nicht als behandlungsbedürftig angesehene Bereiche, z. B. bei der Umdeklarierung des natürlichen Vorgangs der Wechseljahre zur Hormonmangelkrankheit. Im Verlauf dieses Prozesses prägen professionelle ärztliche Deutungsmuster die Laieninterpretation körperlicher (und seelischer) Phänomene. Die Medizin dehnt so ihren Einfluss auf immer größere Anteile des Alltagslebens und -befindens aus.[204] Gesellschaft, Industrie und Ärzte wirken hierbei zusammen, denn *„inventing curable maladies for the essentially incurable condition of being human will continue to appeal to public and profit combined"* (Baker, E. et al. 2003, S. 251).

Nach Moynihan, R. et al. (2002) lassen sich dabei beispielsweise die folgenden Marketingstrategien identifizieren:

- Normale körperliche Prozesse oder alltägliche Leiden werden zu medizinischen Problemen umdefiniert. Beispiel: Männlicher Haarausfall wird in Zusammenhang mit psychischen Problemen gebracht; bei Frauen gilt dies für Hypertrichose (vermehrte Körperbehaarung) – nicht jedoch für pathologisch veränderte Hormonbildung.

---

[202] Allerdings gibt es immer wieder Verstöße gegen geltendes Recht durch einzelne Hersteller oder deren Referenten. Dass die damit verbundene negative Publicity ein Anliegen für die Pharmaindustrie ist, zeigt die Gründung des Vereins ‚Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie' am 16. Februar 2004 durch den VFA, der den Umgang zwischen Pharmaunternehmen und Ärzten regeln und kontrollieren soll. Selbstkontrolle oder Verhaltensempfehlungen können jedoch einen entsprechenden gesetzlichen Rahmen und die Sanktionierung von Verstößen nicht voll ersetzen.

[203] Auch Hersteller medizinischer Geräte bedienen sich ähnlicher Methoden, vgl. von Reibnitz, C. u. List, S. 2000.

[204] Zur Medikalisierungsdebatte siehe z. B. Payer, L. 1992; Kolip, P. 2000; Smith, R. 2002; Blech, J. 2003 u. 2004. Vgl. auch Gutachten 2000/2001, Band II, Kapitel 3.3 zu Begriffen wie Iatrogenisierung und Labelling.

– Vergleichsweise milde Symptome werden als Vorboten einer schwerwiegenden Erkrankung dargestellt. Beispiel: Das sogenannte Reizdarmsyndrom ist vom unangenehmen, doch harmlosen Symptomkomplex zu einer ernstzunehmenden Erkrankung mutiert.

– Persönliche oder soziale Probleme werden als medizinische gedeutet. Beispiel: Schüchternheit wird zur medikamentös behandelbaren sozialen Phobie.

– Angaben zu Krankheitshäufigkeiten werden überzogen, um die Bedeutung des Problems zu betonen. Beispiel: Prävalenzangaben für erektile Funktionsstörungen bei über 70-Jährigen werden auf alle Altersgruppen übertragen.

Detailing

841. Im Rahmen von *detailing*, also dem Besuch von Pharmareferenten, erhalten Ärzte neben Informationen zum Präparat auch Arztmuster, die sie kostenlos an ihre Patienten weitergeben können. Die Handhabung von Zuwendungen und sonstigen Werbegaben regelt § 7 des Heilmittelwerbegesetzes. Sowohl das Gewähren als auch die Annahme derselben seitens der Fachkreise ist grundsätzlich unzulässig. Ausnahmen bestehen jedoch, wenn

– es sich um Gegenstände von geringem Wert handelt,

– Zuwendungen oder Werbegaben unter bestimmten Bedingungen zusätzlich zu einer Warenlieferung in einem bestimmten oder auf bestimmte Art zu berechnenden Geldbetrag oder einer bestimmten oder auf bestimmte Art zu berechnenden Menge gleicher Ware gewährt werden,

– es sich um handelsübliches Zubehör zur Ware oder um handelsübliche Nebenleistungen handelt,

– Zuwendungen oder Werbegaben in der Erteilung von Auskünften oder Ratschlägen bestehen oder

– es sich um unentgeltlich an Verbraucher abzugebende Zeitschriften handelt.

Ferner legt § 7 Abs. 2 Heilmittelwerbegesetz fest, dass Zuwendungen im Rahmen ausschließlich berufsbezogener wissenschaftlicher Veranstaltungen nicht unzulässig sind, sofern diese einen vertretbaren Rahmen nicht überschreiten.

842. Die Kosten der ausgegebenen Arztmuster und der Unterhalt eines Stabs von Pharmareferenten stellen den überwiegenden Anteil der Werbeausgaben eines Unternehmens dar. Die Relevanz dieses Bereichs wird anhand weiterer Zahlen aus den USA noch deutlicher (Millenson, M.L. o. J.):

– Von 1996 bis 2001 stieg die Zahl der Pharmareferenten der größten Pharmaunternehmen von ca. 42 000 auf 90 000 an.

– Die Unternehmen mit den höchsten Ausgaben für *detailing* verwendeten in 2003 jeweils mehr als 1 Mrd. US $ für diesen Bereich.

– Eine Untersuchung von 1995 bis 1999 (Neslin, S., o. J.) verglich für 391 Medikamente mit einem Mindestumsatz in 1999 von 25 Mio. US $ den durchschnittlichen ‚Return on Investment' (ROI) der Ausgaben für die Marketingstrategien *detailing*, *direct-to-consumer advertising*, Werbung in medizinischen Fachzeitschriften und der Organisation von Ärztekongressen usw. *Detailing* erreichte dabei im Durchschnitt für jeden zusätzlich eingesetzten US $ einen ROI von 1,72 US $. Für neue Medikamente mit mehr als 200 Mio. US $ an jährlichem Umsatz, die zwischen 1997 und 1999 auf den Markt gebracht wurden, betrug der ROI sogar 10,29 US $. Für letztere Gruppe war *detailing* damit das Instrument mit dem höchsten ROI, während für ältere Medikamente Zeitschriftenwerbung einen höheren ROI aufweisen konnte. Dies unterstreicht die Bedeutung von *detailing* vor allem für neu eingeführte Medikamente.

– Im Durchschnitt kostet der Besuch eines Pharmareferenten das Unternehmen ca. 100–150 US $. Dabei hat der Referent nur in 20 % der Fälle tatsächlich die Gelegenheit zu einem mehrere Minuten dauernden Gespräch. Bei 15 % der Besuche hat der Referent weder die Gelegenheit, den Arzt zu sprechen noch Arztmuster zu hinterlassen.

Nach Koch, K. (2001) hatten bei etwa 100 000 niedergelassenen Ärzten im Jahr 2000 ca. 15 500 Pharmareferenten insgesamt 20 Millionen Arztkontakte, d. h. etwa 200 Kontakte pro Arzt. Für den Zeitraum November 2002 bis Oktober 2003 lag diese Zahl bereits bei 25 Mio. Arztkontakten. Die Besuche werden mit jeweils 80 € bewertet, so dass alleine auf die Tätigkeit von Pharmareferenten 2 Mrd. € entfallen.[205] Für drei der führenden Pharmaunternehmen liegen zusätzliche Informationen zur Zahl von Vertreterbesuchen bei Ärzten vor. Danach absolvierten allein die Beauftragten dieser drei Firmen innerhalb von 12 Monaten fast vier Millionen Besuche bei niedergelassenen Ärzten. Dies sind ca. 30 Kontakte pro Arzt (Gesellschaft für Pharmainformation Nürnberg, 2003).

843. Es liegen zahlreiche empirische Befunde aus internationalen Studien in Industrieländern darüber vor, dass die Marketingmaßnahmen der Pharmaunternehmen erfolgreich sind (Lexchin, J. 1997). Dies trifft in besonderem Maße auf die Tätigkeit der Pharmareferenten zu. Je häufiger Ärzte Vertriebsagenten sehen,

– desto eher sind sie geneigt, Arzneimittel in Fällen einzusetzen, in denen eine nichtmedikamentöse Therapie die beste Option ist,

– desto häufiger vertreten sie Ansichten, die eher den Angaben aus der Werbung als denen in wissenschaftlichen Publikationen entsprechen,

– desto wahrscheinlicher ist es, dass sie Antibiotika unangemessen verschreiben,

[205] Diese Angaben weisen auf steigende Ausgaben für Pharmareferenten hin, da die entsprechenden Aufwendungen für das Jahr 2000 mit 1,4 Mrd. € beziffert wurden (vgl. Kapitel 7.7.2).

– desto unwahrscheinlicher ist es, dass sie Generika[206] rezeptieren und

– desto wahrscheinlicher verordnen sie teure Medikamente auch dann, wenn vergleichbar wirksame, aber billigere verfügbar sind.

Ärzte sind sich zwar der werbenden, verzerrenden Darstellung der produktbezogenen Informationen bewusst. Sie leugnen jedoch – trotz gegenteiliger empirischer Befunde – häufig, dass diese ihr Verhalten beeinflussen. Sie glauben vielfach an ihre persönliche Immunität gegenüber den Marketingmaßnahmen der Industrie. Allerdings korreliert die Zahl entgegengenommener Werbegeschenke empirisch positiv mit der Wahrscheinlichkeit einer solchen Einstellung (Hodges, B. 1995; vgl. auch Steinmann, M.A. et al. 2001). Als Gründe für den Empfang von Pharmareferenten führen Ärzte nach den Ergebnissen einer qualitativen Interviewstudie (Prosser, H. u. Walley, T. 2003) u. a. an:

– Rascher und bequemer Zugang zu Arzneimittelinformationen,

– Pharmareferenten werden als (durch fachliche Qualifikation und kommunikative Fähigkeiten) legitimierte Informationsvermittler betrachtet,

– Unterbrechung der anstrengenden Praxisroutine und der Wunsch nach sozialem und intellektuellem Austausch,

– Gönnerhaftigkeit und Mitleid,

– Gegenleistung für Geschenke und Informationsweitergabe und

– organisationsinterne und professionskulturelle Normen.

Praxissoftware

844. Insbesondere Generika-Anbieter und Reimporteure treten als Sponsoren von Praxissoftware auf, die den Arzt bei der Verordnung unterstützt, und nutzen diese Plattform für die Beeinflussung des Arztes durch Werbung oder bestimmte Voreinstellungen der Software. Als Werbung erkennbar sind Werbebanner, während subtilere Formen der Einflussnahme den automatischen Ausschluss von Aut-idem bei der Verordnung eines Präparates des Sponsors, ein vorselektiertes und nur schwer zu veränderndes Verschreibungsspektrum oder die Manipulation von vorselektierten Listen im Sinne des Sponsors (sein Präparat steht zuoberst auf dem Bildschirm, obwohl es nicht das erste auf der Liste ist) beinhalten können. Oftmals wird automatisch ein Produkt des Sponsors anstelle des vom Arzt gewählten Präparates zur Substitution vorgeschlagen. Dies kann sich erheblich auf die Marktanteile des jeweiligen Herstellers auswirken (VFWPS 2004).

Eine elektronische Unterstützung des Arztes bei der Verordnung durch eine informative und leicht zu bedienende Praxissoftware vermag eine rationale Pharmakotherapie zu unterstützen. Sofern im Rahmen integrierter Versorgung oder allgemein Vertragslisten zwischen einzelnen Kassen und Herstellern existieren, kann ein Hinweis auf die entsprechend verhandelten Produkte der jeweiligen Kasse erfolgen. Es darf aber keine Information zugunsten eines Herstellers erfolgen, die für den Arzt nicht sofort ersichtlich ist. Andernfalls kann dies zu Wettbewerbsverzerrungen und/oder Schädigung der Versichertengemeinschaft durch überhöhte Ausgaben führen. Eine Zertifizierung oder ein Gütesiegel der in der Praxis zum Einsatz kommenden Software können dies vermeiden.

Direct-to-consumer advertising

845. In §§ 11 und 12 Heilmittelwerbegesetz wird die Werbung für Arzneimittel außerhalb von Fachkreisen geregelt. In der Anlage zum Gesetz sind Krankheiten oder Leiden aufgeführt, auf deren Erkennung, Verhütung, Beseitigung oder Linderung sich Werbung außerhalb der Fachkreise nicht beziehen darf. Für rezeptpflichtige Medikamente darf nur in Fachkreisen geworben werden. Damit ist in Deutschland Arzneimittelwerbung, die sich direkt an Verbraucher wendet (*direct-to-consumer advertising*, DTCA), stark reglementiert. Allerdings wird auch hierzulande über eine Lockerungen dieser Vorgaben diskutiert.[207] Zudem werden in der Praxis die Verbote teilweise umgangen. Beispielsweise werden keine konkreten Präparatenamen aufgeführt, sondern lediglich auf ein medizinisches Problem wie Erektionsstörungen hingewiesen (siehe Stolze, C. 2003).

846. In den USA und Neuseeland ist Kundenwerbung für verschreibungspflichtige Arzneimittel erlaubt. Die zu den USA vorliegenden Zahlen zeigen einen stetigen Anstieg der Herstelleraufwendungen für DTCA von 9,2 Mrd. US$ im Jahr 1996 auf 19,1 Mrd. US $ im Jahr 2001 (vgl. Abbildung 40). Für das Jahr 2000 wurde errechnet, dass jeder zusätzliche Dollar, der in *direct-to-consumer advertising* gesteckt wurde, zu einer zusätzlichen Umsatzsteigerung von 4,20 US $ führte. Der Elastizitätskoeffizient für Konsumentenwerbung wurde in derselben Studie (Kaiser Family Foundation 2003) mit 0.10 angegeben. Das heißt, dass eine zehnprozentige Erhöhung der Werbeausgaben in diesem Segment zu einem Anstieg der Umsätze um 1 % führt. Zum Vergleich: Werden die Ausgaben für Ärztewerbung um 10 % erhöht, nimmt der Umsatz nur um 0,2 bis 0,3 % zu. Bemerkenswerterweise fördert die Werbung für ein Präparat den Umsatz der ganzen Gruppe. Insofern ist DTCA nur bedingt spezifisch.

Aus Befragungen US-amerikanischer (DTCA erlaubt) und kanadischer (DTCA nicht erlaubt, doch vor allem via

[206] Es sei jedoch darauf verwiesen, dass die diskutierten Werbestrategien in entsprechender Weise auch von Generikaherstellern angewandt werden.

[207] Aufgrund der europäischen Gesetzgebung (Richtlinien 2004/27/EG, 2004/28/EG, 2004/24/EG), die bis zum 30. Oktober 2005 in nationales Recht umzusetzen ist, besteht Bedarf zur Änderung des Heilmittelwerbegesetzes.

Fernsehen zugänglich) Patienten geht hervor, dass Werbung zu erhöhter Leistungsinanspruchnahme, verstärkter Patientennachfrage nach den beworbenen Medikamenten und einer Zunahme der Verschreibung solcher oder ähnlicher Arzneimittel führt. Die befragten Ärzte rezeptierten die Mittel, obwohl sie mindestens in der Hälfte der Fälle nicht wirklich von deren Notwendigkeit und Nutzen überzeugt waren (Mintzes, B. et al. 2003; vgl. auch Weissman, J.S. et al. 2003).

847. Die Befürworter der Verbraucherwerbung für Arzneimittel berufen sich u. a. darauf, dass diese zur Information der Bürger und Patienten beiträgt. Die Zunahme der Arztbesuche und deren Folgen (veranlasste Untersuchungen, Stellen neuer Diagnosen, Gespräche über gesunde Lebensführung, Empfehlungen für andere Maßnahmen, etc.) werden positiv gewertet. Negative Konsequenzen im Sinne einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes von Personen, die beworbene Medikamente nachfragen und erhalten, seien nicht festzustellen (Calfee, J.E. 2003; Weissman, J.S. et al. 2003; vgl. auch Äußerungen von Herstellervertretern, z. B. Bonaccorso, S.N. u. Sturchio J.L. 2002; Kelly, P. 2004).

Außer auf die empirisch nachweisbare Förderung der Leistungsinanspruchnahme weisen Kritiker von DTCA immer wieder auf die falsche, verzerrende oder irreführende Gestaltung der Verbraucherwerbung hin (Morgan, S. et a. 2003; Cassels, A. et al. 2003). In den USA existieren zwar seit 1997 Vorgaben der Food and Drug Administration[208] (www.fda.gov/cder/ddmac/lawsregs.htm), die gesondert von anderen Regelungen zur Gestaltung von Werbung angewendet werden. Pharmazeutische Unternehmen müssen sämtliche Werbekampagnen und -materialien für Arzneimittel vor ihrem ersten Erscheinen in der Öffentlichkeit der FDA zur Begutachtung vorlegen. Dies soll verhindern, dass sie irreführende Aussagen enthalten. Allerdings erhält das FDA nicht von allen Werbekampagnen Kenntnis, und Mahnschreiben werden von einzelnen Unternehmen ignoriert. Eine Änderung des Begutachtungsverfahrens im Jahr 2001 reduzierte seine Effektivität zudem erheblich. Während zuvor ein Mahnschreiben an das entsprechende Pharmaunternehmen innerhalb weniger Tage verschickt werden konnte, lagen 2002 zwischen der Kenntnisnahme durch das FDA und dem Versenden eines solchen Briefs bis zu 78 Tage. Etwa ein Drittel der Fernsehspots im untersuchten Zeitraum war aber weniger als zwei Monate auf Sendung (Gahart, M.T. et al. 2003).

Angesichts der vielfältigen negativen Erfahrungen mit Arzneimittelwerbung, die Ärzte und andere Fachleute zur Zielgruppe hat, sprechen gute Gründe für die Beibehaltung der Zurückhaltung bei der Liberalisierung der direkten Verbraucherwerbung für verschreibungspflichtige Pharmaka.

[208] Zuständige Organisationseinheit: Division of Drug Marketing, Advertising, and Communication (DDMAC) beim Center for Drug Evaluation and Research (CDER).

Publication Bias

848. Bei der Veröffentlichung der Ergebnisse klinischer Studien besteht generell eine Tendenz zum selektiven Publizieren ‚günstiger' Untersuchungsergebnisse.[209] Statistisch signifikante Ergebnisse werden eher veröffentlicht als nicht signifikante. Für solche Verzerrungen sind nicht nur die Autoren oder Auftraggeber, sondern oftmals auch Reviewer oder Herausgeber von Fachzeitschriften verantwortlich. Nach Chan, A.W. et al. (2004) liegt die Odds Ratio für Daten zur Wirksamkeit (*efficacy)* zugunsten signifikanter Ergebnisse bei 2,4 (95 %-Konfidenzintervall 1,4 bis 4,0), für Daten zu Risiken sogar bei 4,7 (95 %-Konfidenzintervall 1,8 bis 12,0). Positive Studienergebnisse werden deutlich schneller veröffentlicht als negative. In vielen Fällen weichen die veröffentlichten Ergebnisberichte in relevanten Punkten von den Studienprotokollen ab, die bei Ethikkommissionen zur Genehmigung eingereicht wurden (vgl. auch Stern, J.M. u. Simes, R.J. 1997; Ionannidis, J.O. 1998; Melander, H. et al. 2003).

Anhand von Studien zu den neueren Antidepressiva der Gruppe der Selektiven Serotoninantagonisten (SSRI) untersuchten Melander, H. et al. (2003) das Phänomen des ‚selektiven Veröffentlichens' *(selective reporting*). Sie verglichen veröffentlichte Studienergebnisse mit den im Rahmen des schwedischen Zulassungsverfahrens eingereichten Dokumenten. Neben Beispielen für die Mehrfachpublikation von Studien fanden die Autoren Hinweise auf selektives Veröffentlichen positiver Ergebnisse: 21 von 42 Studien fielen zugunsten der Testsubstanz aus. Von diesen wurden 19 als Einzelstudien veröffentlicht; von den aus Sicht der Industrie ungünstig ausgefallenen 21 Untersuchungen waren es nur sechs. Des Weiteren ließ sich nachweisen, dass zumeist keine so genannten *Intention-to-treat*-Analysen publiziert wurden. In solche Analysen gehen die Daten aller ursprünglich randomisierten Patienten ein, also auch derer, die die Studie vorzeitig abgebrochen haben oder für die Endauswertung nicht mehr erreicht wurden. Daher fallen die Ergebnisse dieser Auswertungen in der Regel ‚ungünstiger', aber realistischer aus als herkömmliche, die lediglich die vollständig vorliegenden Fallinformationen einbeziehen und so unter Umständen Therapieeffekte stark überschätzen.

849. Kjaergard, L. und Als-Nielsen, B. (2002) stellen in ihrer Analyse von 159 zwischen Januar 1997 und Juni 2001 im *British Medical Journal* veröffentlichten randomisierten Studien fest, dass die Angabe der Autoren, über finanzielle Verbindungen zu Herstellerfirmen zu verfügen (*competing financial interests*), positiv mit einem für die geprüfte Intervention günstigen Ergebnis korreliert. Djulbegovic, B. et al. (2000) werteten 136 Studien zum Multiplen Myelom aus. Studien, die ganz oder zum Teil von der Industrie gesponsert waren, wiesen danach zwar eine höhere methodische Qualität[210] auf als solche, die al-

[209] In den USA wurden in der jüngsten Vergangenheit wiederholt Verfahren gegen Pharmafirmen eingeleitet, denen das Zurückhalten von Informationen oder andere Manipulationen vorgeworfen wurden (siehe z. B. Koch, K. 2004).

lein staatliche oder aus nicht kommerziellen Quellen stammende Fördermittel erhielten. Doch fielen die herstellerfinanzierten Studien in 53 % günstig für das getestete neue Verfahren aus. Die anderen Untersuchungen kamen lediglich in 26 % zu einem solchen Ergebnis. Eine systematische Untersuchung von 30 Studien (Lexchin, J. et al. 2003) kam zu dem Schluss, dass die publizierten herstellerfinanzierten pharmakotherapeutischen Studien mit einer viel höheren Wahrscheinlichkeit zu Gunsten des Produktes des Sponsors ausfielen als anders finanzierte Untersuchungen (*Odds Ratio* von 4,05, 95 %-Konfidenzintervall von 2,98 bis 5,51). Allerdings existieren durchaus Studien, die keinen Zusammenhang zwischen Sponsoring durch die Industrie und Studienergebnis feststellen können. Jedoch liegen für viele Studien keine Angaben zu Finanzierungsquellen vor. Einige Fachzeitschriften verlangen die Angabe von Industriesponsoring von den Autoren, andere empfehlen lediglich die Veröffentlichung.

Auch von der Industrie gesponserte Symposien tragen zur Informationsverzerrung bei. Die begleitend zu Symposien veröffentlichten Artikel weisen laut Bero, L.A. et al. (1992) gehäuft irreführende Titel auf oder verwenden Handelsnamen; sie durchlaufen seltener ein *Peer-review*-Verfahren als bei anderen Veröffentlichungen üblich. Wenngleich sich die methodische Qualität der Berichte wenig von der nicht mit Unterstützung der Pharmaindustrie durchgeführter Kongresse unterscheidet, favorisieren die Veröffentlichungen häufig die Produkte der Sponsoren. So stellten Cho, M.K. und Bero, L.A. (1996) fest, dass 98 % der gesponserten Artikel gegenüber 79 % der nicht von der Pharmaindustrie unterstützten Beiträge ein positives Ergebnis für das untersuchte Medikament erbrachten.[211]

Als eine mögliche Ursache für die ‚positiven' Ergebnisse vieler herstellerfinanzierter Studien wird die Verwendung anderer Vergleichsinterventionen angesehen. In industriegesponserten Untersuchungen wird häufiger gegen Placebo oder gegen Therapieabstinenz getestet als in anders finanzierten. Dies erhöht in der Regel die Wahrscheinlichkeit eines signifikanten Unterschiedes zwischen Interventions- und Kontrollgruppe (Lexchin, J. et al. 2003). Als Begründung wird von Seiten der Industrie angeführt, dass solche Studien im Rahmen der Zulassungsverfahren vorgeschrieben seien (Hirsch, L. 2004). Erhält die Kontrollgruppe aktive Substanzen, z. B. weil der Verzicht auf eine etablierte Behandlung unethisch wäre, wird der Kontrollwirkstoff unter Umständen nicht in adäquater, der Testsubstanz wirkäquivalenter Dosierung verabreicht (Großkopf, A. 2004).

Vor diesem Hintergrund ist die Offenlegung finanzieller Verflechtungen bei der Durchführung und Veröffentlichung von Arzneimittel- und anderen medizinischen Studien erforderlich. Die Angabe von Finanzierungsquellen fördert nicht nur eine kritischere Würdigung der Ergebnisse, sondern erhöht auch den Druck auf die Forscher, bei der Durchführung der Versuchsreihen auf hochstehende wissenschaftliche Qualität zu achten, die den möglichen Vorwurf einer inhaltlichen Verzerrung der Studie entkräftet.

850. Um das selektive Publizieren von Studienergebnissen zu vermeiden bzw. eine Kontrolle der Veröffentlichungspraxis zu ermöglichen, sollte ein öffentlich zugängliches Studienregister angelegt werden.[212] Bis Mitte 2004 gab es in Deutschland keine Gesetze oder Verordnungen zur Registrierung klinischer Studien. Erst das Zwölfte Gesetz zur Änderung des Arzneimittelgesetzes vom 30. Juli 2004 (12. Arzneimittelgesetznovelle) und die Verordnung über die Anwendung der Guten Klinischen Praxis bei der Durchführung von klinischen Prüfungen mit Arzneimitteln zur Anwendung am Menschen (GCP-Verordnung) vom 9. August 2004 setzte die Richtlinie 2001/20/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 4. April 2001 zur Angleichung der entsprechenden Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedsstaaten um. Bei Beantragung der Zulassung einer Studie muss der Sponsor der zuständigen Ethik-Kommission und Bundesoberbehörde eine Bestätigung der Registrierung des Prüfplans bei der europäischen Datenbank EUDRACT (European Clinical Trials Database) und die vergebene EUDRACT-Nummer vorlegen. Die Datenbank ist allerdings nicht öffentlich zugänglich, sondern soll der europäischen Zulassungsbehörde EMEA als Kontrollinstrument dienen.[213] Die – ggf. partielle – Öffnung vorhandener Studienregister ist daher dringend erforderlich, solange patentrechtliche Aspekte dem nicht entgegenstehen.[214] Die Zulassung einer Studie sollte auch in Deutschland an den Nachweis einer Registrierung im CCT (*Current Controlled Trials-)*metaRegister durch die entsprechende Nummer (ISRCTN, *International Standard Randomized Controlled Trials Number)* geknüpft werden, die auf eine weltweit umfassende Registrierung aller kontrollierten klinischen Studien abzielt. Eine umfassende Registrierung klinischer Studien kann neben besserer Berichterstattung über Studienergebnisse und einer Reduzierung des ‚publication bias' auch verbesserte

[210] Den herstellerfinanzierten Untersuchungen kann nicht generell mangelnde methodische Qualität vorgeworfen werden. Zu diesem Schluß kommen auch Lexchin, J. et al. (2003), die 13 Studien zu dieser Frage auswerteten.

[211] Das Ergebnis basierte auf einem Sample von Konferenzbeiträgen und anderen Veröffentlichungen in Fachzeitschriften, ähnliche Ergebnisse ergaben sich jedoch auch für die *Subsamples*.

[212] Der Vorstoß einiger renommierter medizinischer Fachzeitschriften, wie z. B. des *New England Journal of Medicine*, des *Lancet*, des *Journal of the American Medical Association* und der *Annals of Internal Medicine*, Ergebnisse aus Medikamentenstudien nur noch dann zu publizieren, wenn diese vor Beginn öffentlich registriert wurden, ist vor diesem Hintergrund ebenfalls begrüßenswert. Der Auslöser für diesen Schritt war eine Debatte, ob Pharmafirmen die Ergebnisse zu erhöhtem Risiko suizidaler Gedanken bei Jugendlichen durch neuere Medikamente der selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer zurückgehalten haben (vgl. Deutsches Ärzteblatt, 39, 2004).

[213] Neben EMEA haben die jeweiligen Studienverantwortlichen Zugriff auf die Daten der eigenen Studie.

[214] Die Pharmaverbände haben die Notwendigkeit von mehr Transparenz ebenfalls erkannt und in einer Selbstverpflichtung die weltweite Registrierung von klinischen Studien verlangt (vgl. EFPIA et al. 2005).

Information für Ärzte und Patienten gewährleisten sowie überflüssige Forschung am Menschen verhindern (vgl. Victor, N. 2004; Cochrane Netzwerk Deutschland 2004).

7.8 Patienten, Ärzte und ihre Interaktionen

7.8.1 Patientenseitige Merkmale

Geschlecht und Alter

851. Frauen haben in der Vergangenheit stärker als Männer vom Zugewinn an Lebensjahren profitiert. Während die durchschnittliche Lebenserwartung der Männer bei ihrer Geburt zwischen 1900 und 2001 in Deutschland von 44,8 auf 75,7 Jahre zunahm, stieg sie für Frauen von 48,3 auf 81,6 Jahre. In den höheren Altersklassen überwiegt die Zahl der Frauen die der Männer. So kamen zum Beispiel im Jahr 2002 auf einen 80-jährigen Mann statistisch gesehen 2,22 Frauen gleichen Alters (Statistisches Bundesamt 2004b). Allerdings sind die zusätzlichen Jahre oft nicht frei von Krankheit. Entsprechend hängt der Arzneimittelverbrauch von Alter und Geschlecht ab (vgl. Abbildung 41).

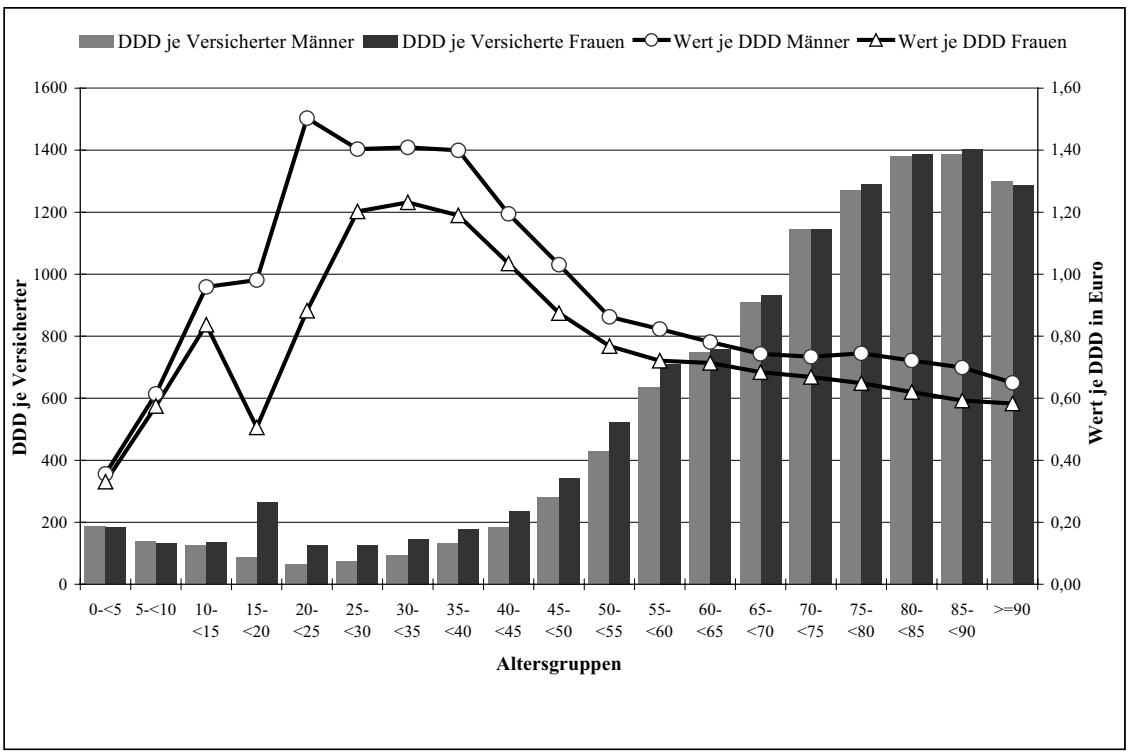
852. Aus der Berliner Alterstudie von 1996 liegen Daten zur körperlichen Multimorbidität und zu Umfang und Zweckmäßigkeit der verabreichten Medikation vor (vgl. Tabelle 90; Kruse, A. u. Schmitt, E. 2002). Bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes der 70- bis 84-Jährigen stellten Hausärzte besonders bei Männern mehr Diagnosen als die Projektärzte der Altersstudie. Bei den 85-Jährigen und Älteren wurden – in höherem Maße bei Frauen als bei Männern – von den Hausärzten weniger Diagnosen gestellt. Gemäß der Projektarztdaten ergibt sich sowohl zwischen Alter und Multimorbidität als auch zwischen Geschlecht und Multimorbidität ein signifikanter Zusammenhang; letzterer findet sich nicht auf der Grundlage der Hausarztdaten. Im Gegensatz zu den Männern sinkt bei den Frauen mit dem Alter die Multimedikation, bei alten Frauen ist allerdings von einer höheren Rate von Fehlmedikationen und einer größeren Anzahl unerwünschter Arzneimittelwirkungen als bei Männern auszugehen.[215]

853. Im Jahr 2003 wurden in Deutschland durchschnittlich 10,6 Arzneimittelpackungen mit 446,6 definierten Tagesdosen (DDD) für jeden Versicherten der GKV verordnet. Dabei entstanden durchschnittliche Kosten pro

[215] Überraschenderweise konnte die Berliner Altersstudie mit Ausnahme der Demenz keinen Unterschied bei den körperlichen und geistigen Gesundheitsindikatoren zwischen den Sozialschichten finden (Mayer, K.U. u. Wagner, M. 1996).

Abbildung 41

Arzneiverbrauch und Kosten je Tagesdosis nach Alter und Geschlecht in Deutschland (2003)



Quelle: GKV-Arzneimittelindex im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) bzw. Nink, K. u. Schröder, H. (2004a)

Tabelle 90

Multimorbidität und Polypharmakotherapie nach Alter und Geschlecht (in Prozent)

	70–84 Jahre		85 Jahre und älter	
	Frauen	**Männer**	**Frauen**	**Männer**
≥ 5 Hausarztdiagnosen	*28,7*	*24,0*	*25,6*	*27,6*
≥ 5 Projektarztdiagnosen	*27,1*	*18,6*	*54,3*	*40,9*
≥ 5 Verordnungen	*39,5*	*34,1*	*35,7*	*42,6*
‚Untermedikation'[a)]	*10,9*	*9,3*	*17,1*	*17,8*
‚Übermedikation'[b)]	*12,4*	*15,5*	*15,5*	*20,9*
‚Fehlmedikation'[c)]	*17,8*	*19,4*	*20,9*	*10,9*
≥ 1 Befund, der einer unerwünschten Arzneimittelwirkung entsprechen könnte	*69,8*	*70,5*	*81,4*	*71,3*

a) Mindestens eine unbehandelte, prinzipiell medikamentös behandelbare Erkrankung mittleren bis schweren Grades.
b) Mindestens eine ärztliche Verordnung, die unter Berücksichtigung aller Diagnosen entweder kontraindiziert oder eindeutig nicht indiziert ist.
c) Mindestens ein nach Expertenkonsens für die Behandlung älterer Menschen ungeeignetes Medikament.
Quelle: Eigene Darstellung nach Kruse, A. und Schmitt, E. (2002)

Versichertem von 343 €. Wie aus Abbildung 41 ersichtlich variierten sowohl die verordneten DDD als auch die Werte je DDD stark nach Alter und Geschlecht. Versicherten mit einem Lebensalter ab 60 Jahre, die 26,4 % der Gesamtpopulation darstellen, wurden 2003 56 % des gesamten GKV-Fertigarzneimittelumsatzes verschrieben. Im Durchschnitt wird jeder Versicherte über 60 Jahre mit knapp 2,9 Arzneimitteln täglich als Dauertherapie behandelt (vgl. Nink, K. u. Schröder, H. 2004f). Neben dem Anstieg des Arzneimittelverbrauchs im Alter zeigen einzelne Indikationsgruppen einen hohen Verbrauch im Kindesalter.[216]

854. Frauen werden in fast allen Altersgruppen im Durchschnitt mehr Arzneimittel verordnet als Männern. Pro Arztbesuch werden zwar gleich häufig Arzneimittel verordnet, Frauen suchen jedoch öfter einen Arzt auf und nehmen Vorsorgeuntersuchungen und präventive Angebote in Anspruch. Darüber hinaus betreiben Frauen in größerem Umfang Selbstmedikation zusätzlich zur Verordnungsmedikation als Männer (vgl. auch RKI 2003).[217]

Männer erhalten im Durchschnitt teurere Medikamente (vgl. Abbildung 41). Über alle Altersgruppen kostet die Tagesdosis eines Mannes rund 15 % mehr als die Tagesdosis für eine Frau. Der höchste Wert von 1,50 € pro DDD wird bei den 20- bis 25-jährigen Männern erreicht.

Frauen bewerten darüber hinaus ihren Gesundheitszustand im Durchschnitt schlechter als Männer (vgl. u. a. RKI 2003; Nink, K. u. Schröder, H. 2004a). Dies wird auf eine Reihe von geschlechtstypischen Unterschieden im gesundheitsrelevanten Verhalten und hinsichtlich psychosozialer Einflussfaktoren zurückgeführt (zur Übersicht siehe Hurrelmann, K. u. Kolip, P. 2002; Maschewsky-Schneider, U. 1997; Maschewsky-Schneider, U. et al. 2003; Kolip, P. 2000).

Seit vielen Jahren werden relativ konstant Unterschiede in der geschlechtsspezifischen Verteilung bestimmter Arzneimittelgruppen festgestellt. Nach Daten des GEK-Reports (Glaeske, G. u. Janhsen, K. 2004) erhalten Frauen – bezogen auf verordnete Packungen pro Kopf

– 5,4-mal mehr Migränemittel,

– 2,9- bis 3,5-mal mehr Schilddrüsenpräparate,

– 1,9- bis 2,9-mal mehr Neuroleptika und Antidepressiva und

– 1,6-mal mehr Schlafmittel als Männer.

Auf der anderen Seite werden Männern

– 1,8-mal mehr Lipidsenker,

– 1,5- bis 1,8-mal mehr Insuline oder orale Antidiabetika,

[216] Dies sind Karies- und Parodontosemittel, Vitamine, Rhinologika/Sinusitismittel und Antitussiva/ Expektorantien. Die Gruppe der 5- bis 9-Jährigen weist darüber hinaus mit 7,7 DDD den höchsten Verbrauch an Antibiotika/Antiinfektiva auf.

[217] Allerdings betreiben laut Bundes-Gesundheitssurvey mehr Männer als Frauen ausschließlich Selbstmedikation.

– 1,1- bis 1,5-mal mehr Beta-Rezeptorenblocker oder Calciumantagonisten und

– 1,8-mal mehr Thrombozytenaggregationshemmer

verordnet als Frauen (Abbildung 42).[218]

An dieser Verteilung ist auffällig, dass Frauen eher Mittel mit Wirkung auf die Psyche bekommen, Männer eher mit Wirkung auf körperliche Störungen, vor allem des Herz-Kreislaufsystems. Allein bei den Psychostimulantien, also den anregenden Psychopharmaka, und bei bestimmten Neuroleptika ist der Pro-Kopf-Verordnungsanteil von Psychopharmaka bei Männern höher als bei Frauen. Hier scheinen Rollenstereotype einen Einfluss auf die Verordnungen zu haben – Frauen werden eher mit psychisch bedingten Krankheiten und Belastungen assoziiert, Männer mit somatisch bedingten Erkrankungen.

855. Im Hinblick auf die Varianz der Verordnung von Psychopharmaka werden verschiedene Hypothesen diskutiert, die patientinnenseitig bzw. gesellschaftlich wirksame Mechanismen beschreiben (Glaeske, G. 2002, S. 527 in Anlehnung an Franke, A. et al. 1998):

1. Die *‚Women-are-expressive'*-Hypothese, nach der Frauen eine höhere Sensibilität und Emotionalität gegenüber Krankheiten haben, die in Verbindung mit einer niedrigeren Schwelle, Hilfe zu suchen, zu einer vermehrten Inanspruchnahme des Arztes führen. Dieser weiß bei bestimmten Belastungssymptomen keinen anderen Rat, als psychotrop wirkende Mittel zu verordnen;
2. die Substitutionshypothese, nach der Frauen andere Bewältigungssstrategien als Männer haben: Stress, Angst und Alltagsprobleme werden von Frauen eher mit Medikamenten, von Männern eher mit Alkohol ‚heruntergeschluckt';
3. die Konvergenzhypothese, nach der der Medikamentenkonsum sinkt und vermehrt Alkohol im Rahmen der Berufstätigkeit genutzt wird (‚männlich dominierte Kultur').

856. Die verordnenden Ärzte selbst verfügen einerseits über ähnliche, gesellschaftlich geprägte Verhaltens- und Interpretationsmuster wie ihre Patientinnen und Patienten bzw. diese sind ihnen vertraut. Andererseits sind sie von den (Vor-)Urteilen ihrer professionellen Lehrer geprägt. Es bedarf daher einer gewissen Disziplin des Arztes, sein Verordnungsverhalten so weit möglich von Rollenstereotypen frei zu halten.

In Hinblick auf die Verordnung von Psychopharmaka besteht seit einigen Jahren ein erfreulicher Trend weg von den vor allem Frauen und alten Menschen oft auch langfristig verordneten Benzodiazepin-Tranquilantien mit ihrem beträchtlichen Suchtpotenzial. Während die Verordnungszahlen der Benzodiazepine rückläufig sind, haben die Verschreibungen von Antidepressiva stark zugenommen. Diese Veränderungen reflektieren vermutlich die Empfehlungen nationaler und internationaler Leitlinien (siehe Nink, K. u. Schröder, H. 2004a). Bemerkenswert ist die Beobachtung, dass eine relativ kleine Zahl an Ärzten, vor allem Allgemeinmediziner und Internisten, einen überproportional großen Anteil der Verordnungen verantwortet (‚Benzodiazepin-Schwerpunktpraxen'). So stammten 1999 46,3 % aller verordneten Tagesdosen an Benzodiazepinen von nur 8,7 % aller niedergelassenen Ärzte (vgl. Glaeske, G. 2002).

Schichtzugehörigkeit

857. Nur wenige Studien beschäftigen sich explizit mit dem Zusammenhang von Verordnungsverhalten des Arztes und Schichtzugehörigkeit des Patienten.[219] Die vorhandenen Daten sind teilweise widersprüchlich. Der Angabe, dass Angehörige niedriger sozialer Schichten kürzere Arztkontakte haben und weniger Informationen erhalten bzw. nachfragen als Angehörige höherer sozialer Schichten (Scott, A. et al. 1996; Furler, J.S. et al. 2002), stehen empirische Befunde gegenüber, die keinen Zusammenhang zwischen Konsultationszeit und sozioökonomischem Status der Patienten nachweisen konnten (Deveugele, M. et al. 2002). Während einige Untersuchungen zu dem Ergebnis kamen, dass soziale Schicht und die Wahrscheinlichkeit von diagnostischen Untersuchungen, Überweisungen zu Spezialisten und Folge-Konsultationen negativ korrelieren, fanden andere einen solchen negativen Zusammenhang lediglich für die Wahrscheinlichkeit diagnostischer Tests (Literatur und Daten bei Scott, A. et al. 1996). Die genannten Autoren stellten in ihrer Studie darüber hinaus fest, dass Patienten mit geringerem sozioökonomischem Status häufiger ein Rezept erhielten.

858. Nach Daten des Bundesgesundheitssurveys 1998 bestehen zwischen sozialer Schicht bzw. Bildungsniveau und der Zahl der verordneten und/oder selbstmedizierten Arzneimittel Zusammenhänge (RKI 2003). Werden westdeutsche Männer der Oberschicht mit Abitur, die ihren Gesundheitszustand mit sehr gut oder gut bewerten und keine Schmerzen haben, rechnerisch als Referenzpunkt betrachtet, so ergeben sich bei ausschließlicher Selbstmedikation für die Merkmale ‚Mittelschicht', ‚Unterschicht', ‚Hauptschule' und ‚Realschule' *Odds Ratios* < 1.[220] Bei gleichzeitiger Verordnung Selbstmedikation durchzuführen, ist in der Mittel- und Unterschicht signifikant weniger wahrscheinlich (*Odds Ratio < 1)*. Frauen der Mittel- und Oberschicht berichteten im Bundesgesundheitssurvey 1998 deutlich häufiger als Frauen der Unterschicht über die Einnahme von Präparaten zur postmenopausalen Hormontherapie (RKI 2003, Abschnitt 4.3.6.3, Tabelle 11). Eine Erklärung für diesen Effekt wird nicht gegeben.

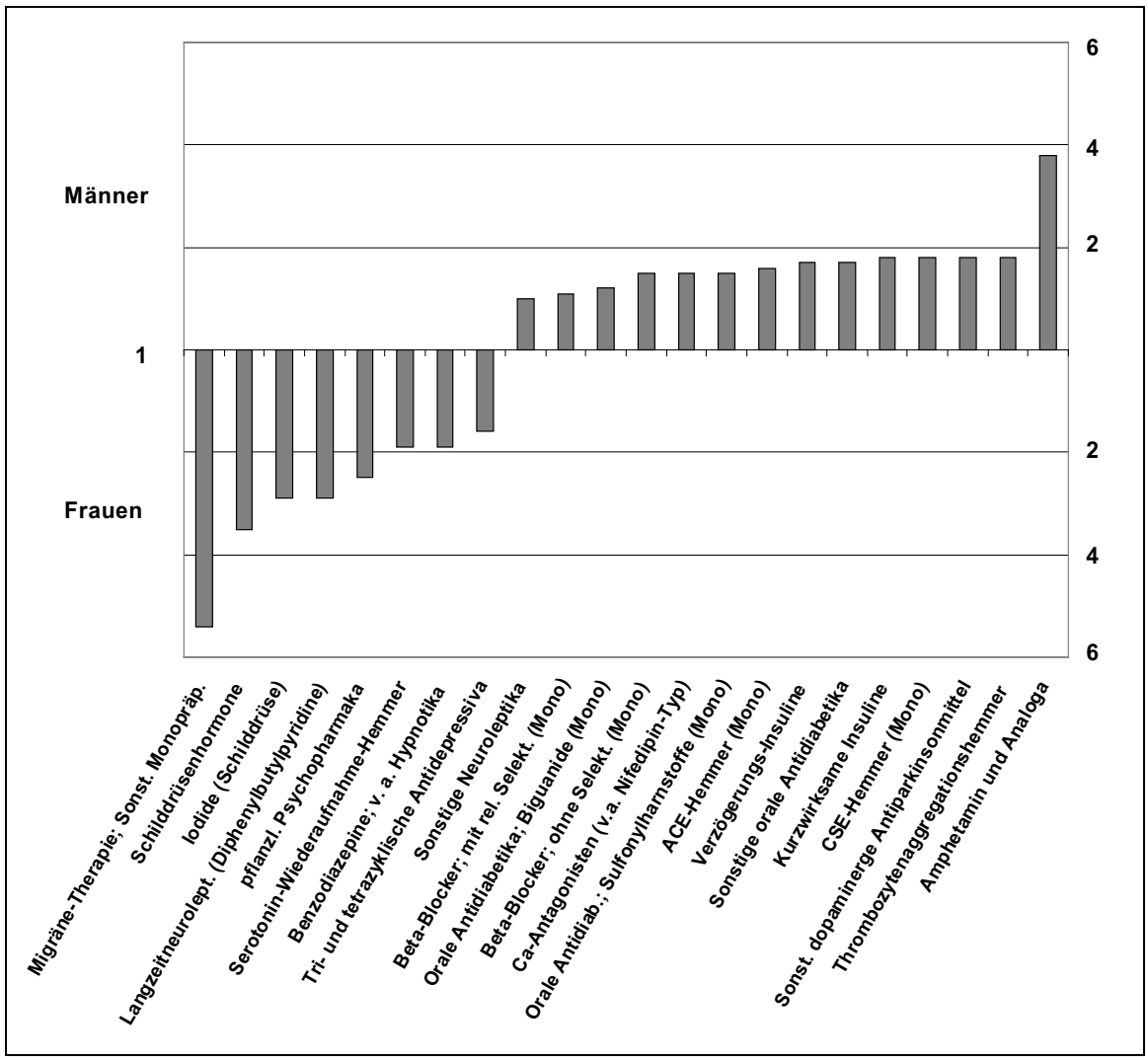
[218] Die Daten der GEK-Versicherten dekken sich hinsichtlich Richtung und Größenordnung tendenziell mit den Auswertungen des WIdO für alle GKV-Versicherten. Allerdings stuft der Arzneiverordnungsreport die geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich der Verordnung von Thrombozytenaggregationshemmern und oralen Antidiabetika als „gering" ein (vgl. Nink, K. u. Schröder, H. 2004f, S. 1109; vgl. ferner die Ergebnisse des Bundesgesundheitssurveys 1998 in RKI 2003).

[219] Diese Fragestellung ist nicht zu verwechseln mit Fragen nach möglichen Zusammenhängen zwischen sozialer Schicht und Leistungsinanspruchnahme, Compliance oder Gesundheitszustand (vgl. Kapitel 3).

[220] Eine *Odds Ratio* < 1 entspricht einer geringeren Eintrittswahrscheinlichkeit für das Ereignis ‚Medikation' als in der Referenzgruppe.

Abbildung 42

Verhältnis von Männern gegenüber Frauen bei Verordnungen in ausgewählten Indikationsgruppen (nach verordneten Packungen 2003)



Quelle: Glaeske, G. u. Janhsen, K. (2004)

859. Eine australische Studie fand hinsichtlich der Verordnung von Lipidsenkern (Statinen) bei Männern und Frauen Schichtgradienten (Stocks, N.P. et al. 2004). Während diese für Frauen linear und parallel zum KHK-Risiko verliefen, erhielten Männer der obersten Schicht mit dem für Männer geringsten KHK-Risiko überproportional häufig Statine (vgl. Tabelle 91). Die Gründe hierfür sind unklar. Die Autoren der Studie vermuten, dass die Erwartungen der gebildeten männlichen Oberschicht, das Vorhandensein einer Krankenversicherung und die schichtspezifisch längeren Konsultationszeiten eine Rolle spielen. Es wird die (schon klassische) Frage aufgeworfen, ob die Erklärung darin liege, dass sich die überwiegend männlichen, mittelalten und der Mittelklasse angehörigen australischen Ärzte mit der diesen Merkmalen entsprechenden Patientengruppe identifiziere.

860. Speziell zur Verordnung von Antibiotika liegen einige Daten mit Bezug zu sozioökonomischen Variablen vor. So erhalten bis zwei Jahre alte dänische Kinder aus niedrigeren sozialen Schichten häufiger Antibiotika verordnet als andere Kinder (Thrane, N. et al. 2003). Mit einer geringeren Anzahl an Antibiotikagaben während der ersten beiden Lebensjahre gehen mehr als zehn Jahre Schulbildung der Mutter und ein hohes Familieneinkommen einher. Die Kinder alleinerziehender Mütter, insbesondere solche ohne Tagesbetreuung, bekommen dagegen öfter Antibiotika verschrieben als andere Kinder. Farbige und/oder nicht versicherte Personen sowie Mitglieder von *Health Maintenance* Organisationen erhalten in den USA häufiger Breitspektrum-Antibiotika bei Atemwegsinfekten als andere Patienten (Steinman, M.A. et al. 2003).

Tabelle 91

Schichtspezifische Verordnung von Statinen in Australien

Sozioökonomischer Status[a)]		Verordnungen pro 1 000 Einwohner im Monat	(95 % CI)
Frauen	1	56.90	(56.58–57.23)
	2	53.36	(53.04–53.68)
	3	50.31	(50.01–50.62)
	4	48.37	(48.06–48.68)
	5	46.30	(46.04–46.56)
Männer	1	52.63	(52.32–52.94)
	2	50.89	(50.59–51.20)
	3	48.84	(48.55–49.14)
	4	47.68	(47.38–47.98)
	5	51.91	(51.64–52.19)

[a)] Status nach SEIFA Index der relativen sozialen Benachteiligung (größte Benachteiligung = 1; geringste Benachteiligung = 5).
Quelle: Stocks, N.P. et al. (2004)

861. Beim Vergleich einer GKV- und einer PKV-versicherten Population zeigten sich auf der Ebene der verordneten Wirkstoffe nach Indikationsbereichen nur relativ wenige Unterschiede[221] (Ziegenhagen, D.J. et al. 2004; Daten des Jahres 2001). Auffällig waren allerdings die über nahezu alle Indikationsgruppen hinweg höheren Kosten der Arzneimitteltherapie von PKV-Versicherten. Größere Unterschiede fanden sich insbesondere bei den Kosten je Verordnung für Lipidsenker, Parkinsonmittel, Antibiotika und Thrombozytenaggregationshemmer. Auffällig war ferner der generell niedrigere Generikaanteil an den Verordnungen. ‚Umstrittene Arzneimittel' gemäß der Definition von Schwabe und Paffrath wurden in beiden Patientenkollektiven etwa gleich häufig verordnet (GKV 19,0 %, PKV 21,8 %). Zusammenfassend könnte dies einerseits für eine ineffizientere Verordnungspraxis bei PKV-Versicherten sprechen. Andererseits liegt die Vermutung nahe, dass diese besser mit innovativen Präparaten versorgt werden als Kassenpatienten. Verlässliche Aussagen zu diesem Punkt erfordern nach Auffassung der Autoren jedoch die Auswertung größerer Stichproben und die Einbeziehung von Diagnosedaten.

862. Welcher Anteil an den beobachteten Versorgungsunterschieden tatsächlich auf Unterschiede im ärztlichen Verordnungsverhalten, das durch die Schichtzugehörigkeit eines Patienten bestimmt wird, zurückgeführt werden kann, ist unklar. Wie in Kapitel 3 ausgeführt, bestehen zahlreiche Zusammenhänge zwischen Morbiditätslast, Gesundheitsverhalten u. a. und sozioökonomischen Merkmalen wie Einkommen und Bildung. Das differente Verhalten von Ärzten kann sich also durchaus primär auf die unterschiedlichen Erkrankungsprävalenzen und Risikokonstellationen beziehen. Allerdings wird die Arzt-Patienten-Kommunikation durch die Zugehörigkeit zu unterschiedlichen sozialen Schichten ebenso beeinflusst wie durch unterschiedliche Ausprägungen gesundheitsbezogener Kenntnisse und Vermutungen. Ferner variiert das Ausmaß, in dem Ärzte die Konsultation bestimmen, mit der Schichtzugehörigkeit ihres Gesprächspartners (vgl. Scott, A. et al. 1996). All diese Faktoren können die Verordnungsentscheidung des Arztes mitbestimmen.

7.8.2 Arztseitige Faktoren

863. Inwieweit Merkmale wie Alter und Geschlecht des Arztes, die Dauer seiner Niederlassung, die Art seiner formalen Ausbildung und/oder Charakteristika der Praxis (Einzel- versus Gruppenpraxis, Stadt- versus Landpraxis, Größe der Praxis etc.) mit bestimmten Ausprägungen der Medikamentenverordnungen in einem kausalen Zusammenhang stehen, lässt sich anhand der Literatur nicht schlüssig beantworten. Die empirischen Befunde sind widersprüchlich. Die Übersicht wird zusätzlich dadurch erschwert, dass sich die Studienergebnisse auf unterschiedliche Zielgrößen (Zahl, Kosten oder ‚Qualität' der Verordnungen) und Konzepte (z. B. Anlehnung an behavioristische versus kognitive Theorien) beziehen. Auch methodische Probleme treten in diesem Kontext auf: Die Ergebnisse von Fallbeispielen, in denen Ärzte fiktive Entscheidungen treffen, oder Befragungen, in denen Ärzte ihre Entscheidungskriterien offen legen sollen, bilden keineswegs exakt die Realität ab. Abstraktion und induzierte Reflexion begünstigen eine rationalisierende und rechtfertigende Darstellung des eigenen ärztlichen Han-

[221] Im Zusammenhang dieser Ausführungen wird die Zugehörigkeit zum jeweiligen Versicherungstyp näherungsweise als Schichtindikator interpretiert.

delns. Zudem variiert das Muster ärztlicher Entscheidungen offensichtlich je nach Krankheitsbild. Die (inter- und intraindividuelle) Varianz des Verordnungsverhaltens scheint um so größer, je diffuser das Krankheitsbild bzw. der Symptomkomplex ist und je weniger anerkannte ‚kausale' Therapiemöglichkeiten zur Verfügung stehen.

864. Zusammenhänge zwischen weiblichem Geschlecht bzw. höherem Alter des Arztes und größeren Verordnungsvolumina bzw. geringerer Qualität der Pharmakotherapie werden teilweise gefunden. Dies wird jedoch in einer australischen Studie darauf zurückgeführt, dass diese Ärzte mehr Frauen und ältere Personen betreuen, welche ‚per se' mehr Verordnungen erhalten (vgl. Bradley, C.P. 1991). Geschlechtsspezifische Unterschiede werden auch durch weitere Studien belegt. So verschreiben Frauen eher Antibiotika als Männer und schreiben auch eher krank (Salisbury, C. et al. 1998; Lagerløv, C.C.M. et al. 2000; Englund, L. 2000). Andererseits neigen zumindest in Australien allein praktizierende Ärztinnen weniger zur Polypharmakotherapie (definiert als fünf oder mehr unterschiedliche Verordnungen für einen Patienten) als ihre männlichen Kollegen (vgl. Bjerrum, L. et al. 1999). Das Alter oder die Dauer der Niederlassung hatten keinen signifikanten Einfluß auf die Häufigkeit solcher Verschreibungen. Einige Quellen deuten u. a. darauf hin, dass jüngere Ärzte eher leitliniengerecht verordnen als ältere (vgl. z. B. Mehta, S.S. et al. 1999). Hinsichtlich der Praxisgröße (‚Scheinzahl') überwiegen Untersuchungen, die eher für ein umgekehrt proportionales Verhältnis zwischen der Zahl der behandelten Patienten und der Zahl der Verordnungen sprechen (vgl. Bradley, C.P. 1991). Allerdings nimmt die Verordnungshäufigkeit mit der Anzahl der Arztkontakte eines Patienten pro Jahr zu. Die bereits oben zitierte australische Studie zeigte einen positiven Zusammenhang zwischen der Arbeitsbelastung (operationalisiert als chirurgische und telefonische Konsultationen pro Tag), der Zahl der Verschreibungen pro Patientenkontakt und der Zahl der verschiedenen innerhalb eines bestimmten Zeitraumes verordneten Präparate mit der qualitätsrelevanten Häufigkeit einer Polypharmakotherapie. Die Zahl der pro Arzt eingeschriebenen Patienten und die Rate der Krankenhauseinweisungen korrelierte dagegen negativ mit der Verordnung von fünf oder mehr Medikamenten. Wenngleich Zeitmangel häufig als Grund für die Verschreibung von Medikamenten bzw. für Mängel in der Qualität der Pharmakotherapie genannt wird, resultiert eine Verlängerung der Konsultationszeit nicht unbedingt in einer Abnahme der Verordnungen (Bradley, C.P. 1992).

Ärzte, die mehr wissenschaftliche Veröffentlichungen lesen, sowie solche, die weniger auf Informationen der Pharmaindustrie vertrauten, gelten eher als ‚rationale' Verschreiber (vgl. Caudill, T.S. et al. 1996). Auf der anderen Seite gehen geringe Arbeitszufriedenheit und wahrgenommene berufliche Autonomie mit einer schlechteren Qualität der Pharmakotherapie einher (vgl. Bradley, C.P. 1991 und bereits Heubner, W. 1931). Derartige Zuordnungen sollten jedoch vor dem Hintergrund gesehen werden, dass es vermutlich unmöglich ist, den ‚idealen Verschreiber' zu identifizieren bzw. zu formen. Eine solche Vorstellung orientiert sich eher an dem überholten Bild ärztlicher Unfehlbarkeit als an der Realität. Es ist wahrscheinlich, dass alle Ärzte zumindest gelegentlich (z. B. bei bestimmten Krankheitsbildern oder Medikamentengruppen) unangemessene Verordnungsentscheidungen treffen.

865. In einigen Fällen lässt sich zeigen, dass sich die Verschreibungsgewohnheiten von Allgemein- bzw. Hausärzten und Spezialisten unterscheiden (vgl. Kapitel 7.4). Tendenziell scheinen sich Spezialisten eher an den erwarteten positiven Effekten der Präparate zu orientieren, leitliniengerechter, differenzierter und innovativer zu verordnen; Hausärzte scheinen eher mögliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen zu berücksichtigen. Bei der Verordnung von neuen Präparaten übernehmen Spezialisten häufig eine Vorreiterrolle. Sie verordnen bestimmte Medikamente sehr häufig, besuchen oft räumlich entfernt gelegene medizinische Zentren und Veranstaltungen und lesen einschlägige wissenschaftliche Zeitschriften. Innovatoren werden als eher wissenschafts- und professionsorientiert beschrieben. Andere Studien zeigten positive Korrelationen zwischen der Verordnung neuer Präparate und der Praxisgröße sowie dem Vertrauen auf herstellernahe Informationsquellen. Eine weitere Einflussgröße hinsichtlich des Einsatzes neuer Medikamente ist das wahrgenommene Risiko: Mit einem niedrigen Risiko werden symptomatische Behandlungen, die pharmakologische Ähnlichkeit des Mittels mit bereits länger auf dem Markt befindlichen Arzneimitteln und das Nicht-Vorhandensein von Alternativen assoziiert.[222] Je größer das vermutete Einsatzrisiko, desto größer ist das Absicherungsbedürfnis der Ärzte, desto eher suchen sie Rat bei Spezialisten und in der Fachliteratur bzw. desto weniger vertrauen sie den Herstellerinformationen (Übersicht bei Bradley, C.P. 1991).

Anhand der deutschen Routinedaten zu Arzneiverordnungen lässt sich zwar vermuten, dass vorwiegend Spezialisten teurere Verordnungen ausstellen (vgl. Abschnitt 7.4, Tabelle 83). Es fehlt jedoch die Zuordnungsmöglichkeit zu gleichen Krankheitsbildern bzw. Patientencharakteristika. Wünschenswert wäre beispielsweise eine Differenzierung der Internisten nach hausärztlich oder fachärztlich tätigen bzw. nach Gebietsbezeichnung (z. B. Kardiologie, Pneumologie). In der Praxis führen allerdings Hausärzte in der Langzeitbetreuung von Patienten häufig die Verordnungen von gelegentlich konsultierten Spezialisten weiter; nach einem Krankenhausaufenthalt sind sie für die Nachbetreuung verantwortlich. An diesem Punkt treffen fach- und hausärztliche Verschreibung aufeinander, und eine stringente Differenzierung zwischen haus- oder fachärztlich veranlasster Verordnung ist kaum möglich.

866. An der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung erleben Patienten häufig Änderungen ihrer Pharmakotherapie, die nur zum Teil auf ihren Gesundheitszustand zurückzuführen sind. In den Kranken-

[222] Bemerkenswerterweise spielte es auch eine Rolle, ob das Präparat von einer Firma aus dem eigenen Land hergestellt wurde.

hausentlassungspapieren werden immer noch überwiegend Handelsnamen benutzt und selten Erläuterungen zur Therapieumstellung und Fortführung der Behandlung gegeben. Häufig kommt es vor, dass stationäre Aufenthalte besonders in spezialisierten Fachabteilungen von den klinisch tätigen Ärzten zum Anlass genommen werden, die Pharmakotherapie chronischer Krankheiten ‚auf den neuesten wissenschaftlichen Stand' zu bringen, der meist in der Neuverordnung von patentgeschützten Präparaten besteht. Verordnungen, die im Krankenhaus begonnen werden, sind in der Regel teurer als die im ambulanten Bereich initiierten. Bei Verordnungen, die im Krankenhaus begonnen werden und keinen therapeutischen Mehrnutzen gegenüber preiswerteren Präparaten stiften, fällt es dann dem Hausarzt schwer, dem Patienten diese ‚moderne' Medikation wieder zu nehmen.

Neben den erwähnten Gründen, die im unterschiedlichen Verordnungsverhalten des Spezialisten und des Klinikers gegenüber dem Primärarzt wurzeln, existiert für beide Gruppen ein unterschiedliches Anreizsystem für wirtschaftliches Verordnen. Für den Kliniker steht die frühzeitige Entlassung im Vordergrund, das Krankenhaus muss hochpreisige neu eingeführte Medikamente häufig nur für einige wenige Tage finanzieren, wenn es nicht vom Hersteller aus Marketinggründen ohnehin mit Sonderkonditionen oder Musterexemplaren unterstützt wird. Der Primärarzt wird dann häufig ohne Angabe von Gründen für die Therapieumstellung mit den erhöhten Kosten einer Folgeverordnung und der Frage, ob diese Kosten durch einen Zusatznutzen gerechtfertigt sein könnten, allein gelassen. Sucht der Hausarzt dann seinerseits nach kostengünstigen Alternativen, wie z. B. Generika, greift er häufig zu vermeintlich objektiven Medikamentenverzeichnissen wie z. B. ‚Rote Liste' und ‚Gelbe Liste Pharmaindex', die jedoch keineswegs neutrale Sammlungen relevanter Produktinformation darstellen, da sie nicht notwendigerweise alle im Rahmen der Zulassung erteilten Hinweise enthalten[223] (vgl. Himmel, W. et al. 1998; Himmel, W. et al. 2003; Harder, S. et al. 2005).

Im Interesse einer kontinuierlichen Patientenversorgung sollten nicht zuletzt vor dem Hintergrund zunehmend komplexerer Therapieregime und kürzerer Krankenhausverweildauern Spezialisten und Krankenhausärzte mehr als bisher mit den Hausärzten kommunizieren und kooperieren. In der Klinik initierte Therapiepläne sollten die Vormedikation berücksichtigen, eine Umstellung der Medikation erläutern, Wirkstoffbezeichungen anstelle von Handelsnamen sowie Empfehlungen zur Einnahmedauer enthalten.

7.8.3 Kulturelle Faktoren

867. Ärzte wie Patienten werden durch ihre jeweilige nationale, kulturelle und soziale Herkunft und Umgebung mit ihren Traditionen und Riten geprägt. Patientenseitig wirkt sich dies beispielsweise auf die Präsentation von Krankheitssymptomen und die Erwartungen an die Handlungsweise des Arztes aus. In einer Studie an türkischen und deutschen Patienten in hessischen Hausarztpraxen wurden die Konsultationsanlässe, die Erwartungen an das therapeutische Vorgehen des Arztes und an die Wirksamkeit von Medikamenten sowie das tatsächliche Verordnungsverhalten der Ärzte erhoben. Die türkischen Patienten gaben deutlich häufiger als deutsche Schmerzen (allein oder in Verbindung mit anderen Erkrankungen) als Grund für den Arztbesuch an. Signifikant häufiger klagten sie auch über Symptome eines Infektes der Atemwege. Die Annahmen, dass gegen ihre Erkrankung nur ein Arzneimittel helfen könne und der Arzt ein Medikament verordnen würde, wurden signifikant häufiger von türkischen als von deutschen Praxisbesuchern geäußert. Eine solche Erwartungshaltung korrelierte zwar positiv mit der tatsächlichen Verordnung eines Medikamentes. Das Verschreibungsverhalten der Ärzte orientierte sich aber in erster Linie an der Indikation bzw. den Symptomen der Patienten und nicht an ihrer ethnischen Zugehörigkeit (Ferber, L, v. et al. 2003).

Nach Müller, O. und Stahlmann, R. (2003) gehen in Deutschland, Frankreich, Italien und Spanien die Patienten deutlich unterschiedlich mit Antibiotika um. Die Aussage ‚Ein Teil der Tabletten kann aufbewahrt und später verwendet werden' wurde von 53 % der Deutschen und 43 % der Franzosen völlig abgelehnt, jedoch von lediglich 16 % der Spanier und 13 % der Italiener. Die Antworten deuten darauf, dass die Wahrscheinlichkeit der Selbstmedikation mit Antibiotika in Italien und Spanien größer ist. Dies könnte das unterschiedliche Resistenzniveau bei den Erregern bakterieller Atemwegserkrankungen in Europa mit erklären.

Die Medizinanthropologie stellt Zusammenhänge zwischen den vorherrschenden nationalen geistesgeschichtlichen Strömungen und diagnostischen bzw. therapeutischen Gewohnheiten her. So stellt Lynn Payer (1993) in ihrem Buch „Andere Länder, andere Leiden" einen Zusammenhang zwischen der deutschen ‚Vorliebe' für die Diagnose von Herzerkrankungen und der deutschen Romantik her. Legendär ist auch die am weitesten verbreitete *‚non-disease'* der Deutschen: die Hypotonie. Dieses ‚Krankheitsbild' wird im englischen Sprachraum auch als *‚the German disease'* bezeichnet. Auch im Jahr 2002 erfolgten in Deutschland noch 1,9 Mio. Verordnungen für Medikamente zur Behandlung des niedrigen Blutdrucks (Antihypotonika) im Wert von 32,9 Mio. €. Laut Bundesgesundheitssurvey 1998 nahmen zum Befragungszeitpunkt 1,1 % der Frauen und 0,4 % der Männer blutdrucksteigernde Medikamente ein (RKI 2003).

868. In der Literatur finden sich zahlreiche Ländervergleiche, welche die bestehenden nationalen Gewohnheiten zwar abbilden, jedoch selten erklären können. Bereits im Gutachten 2000/2001 hat der Rat einige Beispiele angeführt:

– die Unterschiede in der Anwendungshäufigkeit von interventionellen Verfahren (Linksherzkatheter, Ballondilatationen der Herzkrankgefäße, Bypass-Operationen)

[223] Die im Rahmen der Zulassung erteilten Hinweise zu den jeweiligen Arzneimitteln finden sich vielmehr in den Gebrauchsinformationen (‚Beipackzettel') bzw. in der vorgeschriebenen Fachinformation für Ärzte und Apotheker.

besitzen auch Auswirkungen auf spezielle medikamentöse Begleittherapien (vgl. Band III.2, Abschnitt 8.3.1);

– die Daten der EUROASPIRE-Studien zeigen Unterschiede hinsichtlich der Pharmakotherapie zur Sekundärprävention der Koronaren Herzerkrankung zwischen den teilnehmenden europäischen Ländern (Band III.2, Abschnitt 8.3.4; vgl. z. B. EUROASPIRE I and II Group 2001);

– in der Pharmakotherapie des Asthma bronchiale existieren große nationale Differenzen, die nicht mit dem Fehlen belastbarer Evidenz begründet werden können (Band III.2, Abschnitt 10.3.2; vgl. Abbildung 43).

Weitere Beispiele für unterschiedliche nationale Verschreibungsgewohnheiten finden sich bei der Verordnung von Psychopharmaka, bei Gabe von Antibiotika bei unkomplizierten Harnwegsinfektionen sowie bei der Pharmakotherapie von Atemwegsinfekten (Veninga, C.C.M. et al. 2000; Müller, O. u. Stahlmann, R. 2003; Bjerrum, L. et al. 2004; Bowers, L. et al. 2004). Eine auffallend große Varianz weisen die Verordnungsdaten für cholesterinsenkende Mittel vom Typ der Statine auf (Abbildung 44).

869. Die Ursachen dieser nationalen Variation der Pharmakotherapie sind vielfältig. Übereinstimmend werden in der Literatur Unterschiede im ärztlichen Wissen als irrelevant oder allenfalls nachrangig beschrieben. Auch krankheitsbezogene Faktoren, wie unterschiedliche Prävalenzen und Krankheitsausprägungen, scheinen einen relativ geringen Einfluss zu haben. Wichtiger als die Faktoren ‚Wissen' und ‚Epidemiologie' sind offensichtlich auch auf nationaler Ebene einerseits Aspekte der länderspezifischen ökonomischen und strukturellen Rahmenbedingungen und andererseits ‚weiche' Einflussgrößen wie ‚Traditionen'. Als mögliche relevante Einflussgrößen, welche zu den nationalen Unterschieden beitragen, werden u. a. genannt (vgl. z. B. Lagerløv, P. et al. 2000; OECD 2003; Bjerrum, L. et al. 2004):

– die Arzt- und Apothekendichte sowie weitere Strukturkennzahlen,

– die durchschnittliche Konsultationsdauer und die Zahl der Patientenkontakte pro Arzt und Tag,

– die Art der ärztlichen Vergütung und der Zuzahlungen für Arzneimittel sowie weitere Steuerungs- und Anreizsysteme,

– das Arzneimittelangebot hinsichtlich der Zahl der zugelassenen Präparate, Preise, etc.,

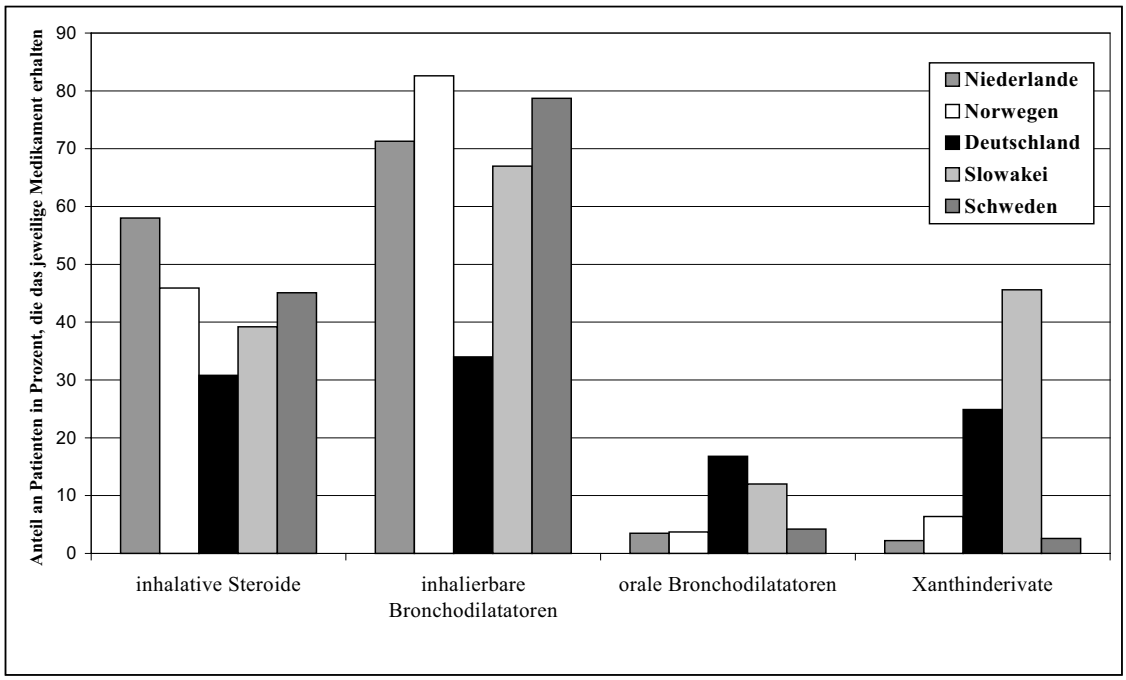
– die Vermarktungsstrategien der Pharmaunternehmen,

– die Entscheidung der Patienten, mit welchen Beschwerden und Symptomen sie sich ihren Ärzten vorstellen,

– die Inhalte der nationalen Therapieempfehlungen und Leitlinien,

Abbildung 43

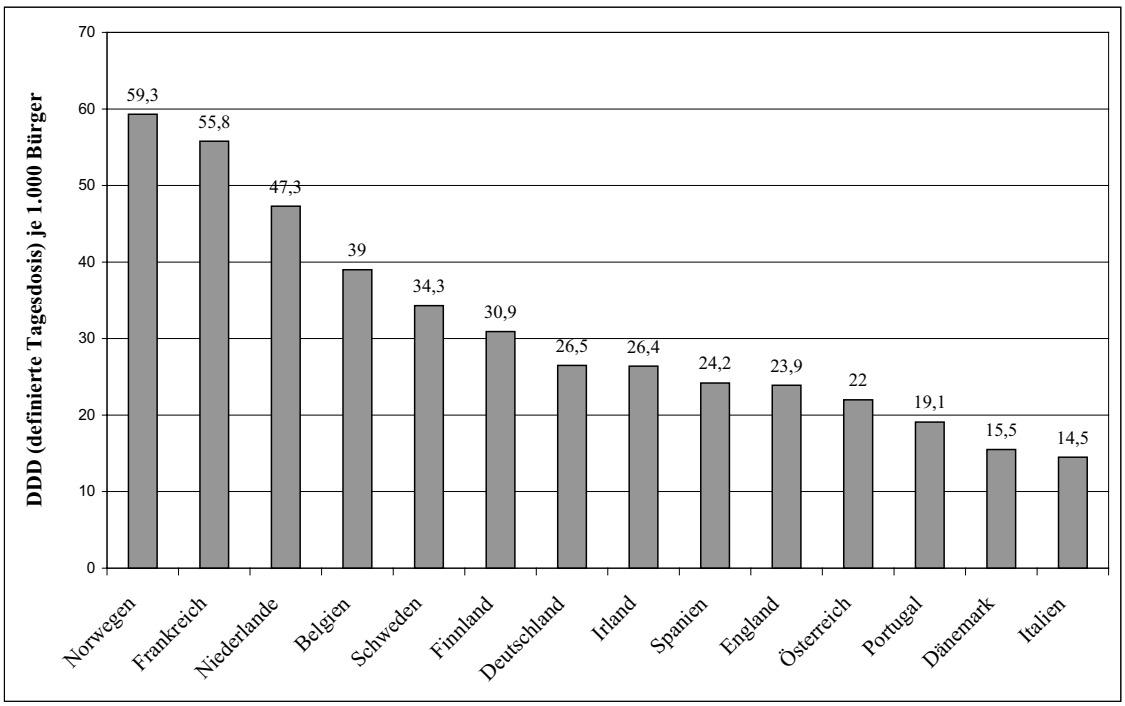
Unterschiede in der medikamentösen Therapie des Asthma bronchiale in fünf europäischen Ländern



Quelle: Eigene Darstellung nach Lagerløv, P. et al. (2000)

Abbildung 44

Verordnungen von Statinen in 14 europäischen Ländern im Jahr 2000



Quelle: Eigene Darstellung nach Walley, T. et al. (2004)

– die Gestaltung der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie

– die Diagnose- und Therapiegewohnheiten, Rituale und Traditionen, die Ärzte übernehmen.

Aus der Auflistung wird ersichtlich, dass die Faktoren, die auf der individuellen Ebene das Verordnungsverhalten prägen, sich als aggregierte Entscheidungen in nationalen ‚Profilen' der Pharmakotherapie niederschlagen.

7.8.4 Arzt-Patient-Interaktion

870. Der Arzt-Patienten-Beziehung wird ein erheblicher Einfluss auf die Wirksamkeit von Arzneimitteln zugeschrieben. Traditionell werden mit dem so genannten Placebo-Effekt unspezifische, nicht mit einem Wirkagens hervorgerufene, aber dennoch mit diesem vergleichbare Effekte beschrieben und erklärt. Neuere Studien gehen davon aus, dass weniger das ‚Scheinmedikament' als solches als vielmehr die durch den Arzt in der Beratung geweckten Erwartungen auf Besserung die Wirkung bei fehlendem Agens erklären. Die Qualität der Beratung und die dabei erzeugte Vorstellung beim Patienten tragen somit grundsätzlich auch zur Wirksamkeit verordneter Arzneimittel bei.

Die gesundheitspolitischen Debatten und der Wandel der gesellschaftlichen und strukturellen Rahmenbedingungen schlagen sich in einer Veränderung der sozialen Rollenzuschreibungen und -ausübung der im Gesundheitswesen Handelnden sowie der ärztlichen Selbstwahrnehmung nieder. Die traditionelle Arzt-Patient-Beziehung wird von ärztlicher Seite gerne idealisierend als eine „individuelle, vertrauensvolle, verschwiegene Interaktion in empathischer Subjekt-Subjekt-Beziehung" dargestellt. Dieser wird eine „moderne", funktionale therapeutische Beziehung gegenüber gestellt, in welcher der Arzt als „technokratischer, handwerklicher, vorwiegend ökonomisch denkender Leistungserbringer und Gesundheitsmechaniker" tätig wird (Kienzle, H.-F. 2004, S. 194). Wie die obigen Ausführungen erkennen lassen, wird keine Sichtweise der Realität gerecht.

Persistence

871. Das Beispiel der Verordnung von Statinen zur Behandlung der Hypercholesterinämie veranschaulicht die Komplexität der Interaktion: Für den Erfolg vieler Therapien ist die langfristige, unter Umständen lebenslange Einnahme von Medikamenten notwendig. Eine wichtige Aufgabe (haus-)ärztlicher Betreuung ist es daher, auf die regelmäßige Verordnung langfristig einzunehmender Medikamente (Persistence) zu achten. Zur Untersuchung der Persistence von GEK-Versicherten wurde anhand pseudonymisierter Daten die Verordnung von Statinen überprüft (Meyer, F. 2004b). Es zeigte sich, dass über ein Jahr nach der Erstverordnung 46 % der beobachteten Patienten eine zu geringe Menge an Tabletten verordnet wurde. Außerdem deuteten die Daten darauf hin, dass denjenigen Patienten, die überhaupt regelmäßig ein Rezept erhielten, eine zu geringe Dosis verordnet wurde.[224] Ohne nähere

Analyse lässt sich nicht bestimmen, welcher Anteil an der beobachteten schlechten Persistence primär auf den Patienten und wie viel auf den Arzt entfällt. Erfahrungsgemäß ‚vergessen' Ärzte jedoch häufig, Langzeitverordnungen regelmäßig auszustellen, wenn sie nicht durch den Patienten selber oder durch irgendeine Form von Erinnerungshilfe (z. B. elektronische *Reminder)* darauf hingewiesen werden.

Compliance

872. Der Rat hat bereits auf die erheblichen Therapieeinbrüche durch das Phänomen der mangelhaften ‚Compliance' seitens der Patienten hingewiesen (Gutachten 2000/2001, Addendum). Bei überschlägiger Bewertung ist mit einer nur zu ca. 50 % verordnungsgerechten Verwendung von Medikamenten zu rechnen. Eine australische Studie aus dem Jahr 2001 verdeutlicht, dass 25 % aller Krankenhauseinweisungen über 75-Jähriger aus mangelhafter ArzneimittelCompliance resultieren (Chan M. et al. 2001). Eine französische Studie in Allgemeinpraxen zeigt, dass von 11.896 Typ II-Diabetikern lediglich 46 % eine optimale Compliance mit oralen Antidiabetika aufweisen (Guillausseau, P.J. 2003). 64 % der Patienten erwarten, dass der Hausarzt sie zur regelmäßigen Einnahme von Medikamenten anleiten sollte (Grol, R. et al. 1999).

Die Tatsache, dass Arzneimittel nicht selbstverständlich vom Patienten auch verordnungsgemäß angewendet werden, ist zwar bekannt, erfährt aber bei Weitem nicht die Aufmerksamkeit, die ihr gemessen an den dadurch verlorenen Ressourcen zukommt. Bewertungen des Nutzens, z. B. einer präventiven Arzneimitteltherapie im Herz-Kreislauf-Sektor, gehen noch zu oft davon aus, dass die Medikamente im indizierten Umfang auch tatsächlich therapeutisch wirksam werden. Solche Annahmen führen zwangsläufig zu einer erheblichen Fehlbewertung des tatsächlichen Nutzens entsprechender Therapien. Gesundheitsökonomische Bewertungen sollten somit grundsätzlich auch die zu erwartenden Effekte in Abhängigkeit von der Compliance modellieren.

Man wird einen unsachgemäßen Umgang des Patienten mit Arzneimitteln niemals ganz verhindern können. Dennoch bestehen hier erhebliche Rationalisierungsreserven. Sie zu mobilisieren, erfordert ein (haus-)ärztliches Umdenken: Die Nachhaltigkeit einer Pharmakotherapie und das damit verbundene Erreichen von Compliance und Persistence müssen als ärztliche Leistung gesehen werden. Dies bedarf einer professionellen Kommunikation, die eine informierte Entscheidung des Patienten für oder gegen eine Maßnahme herbeiführt, dokumentiert und kontinuierlich verfolgt.

Patienteninformation

873. Den Wert eines vielfältigen und umfassenden Informations- und Beratungsangebots an den Patienten (auch außerhalb der Arztpraxis) als Grundlage einer informierten Entscheidung hat der Rat bereits ausführlich dargelegt (Gutachten 2003, Band I, Kapitel 3.3). Hier konnten erfreuliche Fortschritte erzielt werden. Im Rahmen der Förderung nach § 65b SGB V wurde mit der ‚Unabhängigen Arzneimittelberatung für Patienten' auch ein Modell an der Universität Dresden gefördert, das sich dem Informationsdefizit von Betroffenen widmet. Um die Compliance und damit die Effektivität der Therapie zu steigern, soll durch die Hilfestellung bei der Informationsbewältigung die Patientensouveränität gestärkt, durch selbstbewußtere und kritischere Patienten die Kommunikation mit dem Arzt und letztlich die Pharmakotherapie verbessert werden (vgl. Keller, A. et al. 2004).

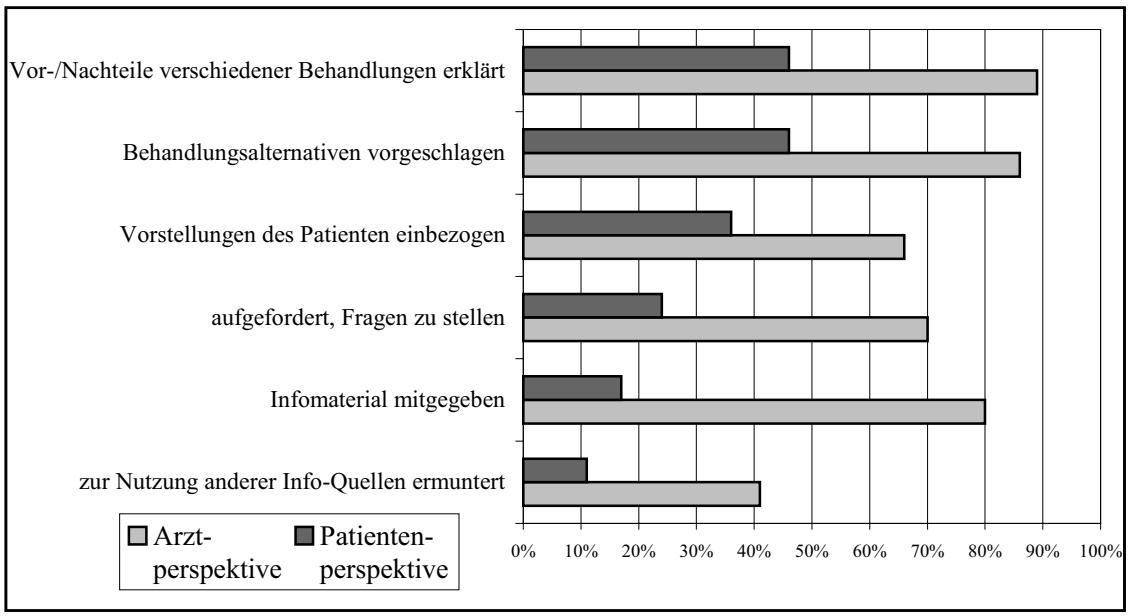
Inzwischen ist dieses Konzept der Arzneimittelberatung für Patienten auch von einigen Kostenträgern übernommen worden. Auch unabhängige und für den Patienten in verständlicher Form aufbereitete Handbücher zu erwünschten und unerwünschten Wirkungen stehen mittlerweile sowohl zu verschreibungspflichtigen wie -freien Arzneimitteln zur Verfügung. So erläutert beispielsweise die Stiftung Warentest die 6000 wichtigsten Arzneimittel und ihre Wirkungsweise und klassifiziert sie nach wissenschaftlichen Kriterien in ‚geeignet', ‚auch geeignet', ‚mit Einschränkung geeignet' und ‚weniger geeignet'. Gegliedert nach Krankheiten, informiert sie sowohl über Symptome und Ursachen als auch Vorbeugung und die Behandlung ohne Arzneimittel (vgl. Bopp, A. u. Herbst, V. 2004).

874. Die so erhaltenen oder über das Internet erhältlichen Informationen führen aber nicht schon zwangsläufig zu einer besseren Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Die Stärkung der Eigenverantwortung des Patienten gelingt nur, wenn adäquate Vorkenntnisse vorhanden und ein vernünftiger Informationstransfer möglich sind. Die Mehrzahl der Bürger wünscht eine Einbeziehung in Therapieentscheidungen. So geben lediglich 24 % von 1 500 befragten deutschen Versicherten an, der Arzt solle allein entscheiden (allerdings 40 % der über 65-Jährigen). Auch auf ärztlicher Seite steigt die Bereitschaft, Überlegungen, Fragen und Wünsche der Patienten mit einzubeziehen. So geben zwei Drittel der 500 gleichzeitig befragten Ärzte die gemeinsame Entscheidungsfindung als adäquaten und zeitgemäßen Weg zum optimalen Behandlungsplan an (vgl. Butzlaff, M. et al. 2003). Sie nehmen allerdings die Einbeziehung des Patienten in den Entscheidungsprozess anders wahr als die Patienten selbst (siehe Abbildung 45). Dies gilt im besonderen Maße für die Pharmakotherapie, wo sich zwar 72 % der Patienten über die Wirkungsweise des Medikamentes, aber nur 52 % über deren unerwünschte Wirkungen vom Hausarzt ausreichend informiert fühlen (siehe Abbildung 46). Im Gegensatz zum Wunsch nach aktiver Mitentscheidung unterschätzten die Ärzte den Bedarf an Informationen und einer ausführlichen Diskussion. Voraussetzung für eine wirksame partnerschaftliche Kommunikation sind neben einem sich ändernden Rollenverständnis jedoch nicht nur strukturelle Bedingungen wie Wissensstand, Umgang mit Wissen und kommunikative Fähigkeiten, sondern auch emotionale Aspekte wie Angst, Sorge oder Scham.

[224] Daten aus Großbritannien weisen allerdings über die letzten Jahre betrachtet nicht nur einen Trend zu höheren Verordnungszahlen insgesamt, sondern auch zu höheren Tagesdosen pro Patient nach (DeWilde, S. et al. 2003).

Abbildung 45

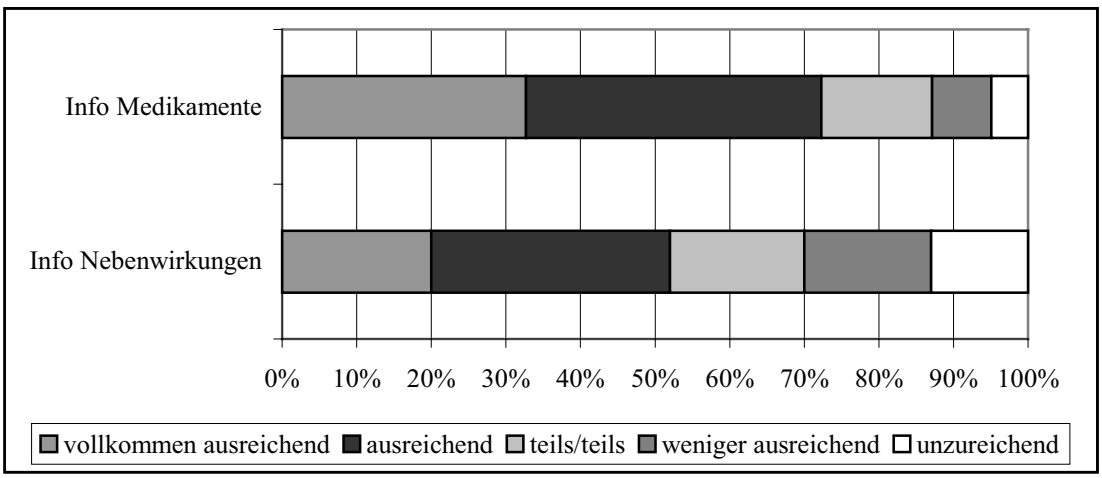
Verhalten des Hausarztes in der zuletzt erlebten Entscheidungssituation aus der Patienten- und der Arztperspektive



Quelle: Butzlaff, M. et al. (2003)

Abbildung 46

Information des Patienten durch den Hausarzt über Medikamente und Nebenwirkungen



Quelle: Böcken, J. et al. 2003

Daher ist es nötig, dass die Ärzte die notwendigen Kompetenzen in der Kommunikation mit dem Patienten erwerben, adäquate Anreize für den zweifelsohne aufwändigeren Umgang mit Patienten gesetzt werden und *‚shared decision making‘* zum Bestandteil einer systematischen Betrachtung von Praxisqualität gemacht wird.

Elektronische Unterstützungssysteme

875. Angesichts der Fülle zu beachtender pharmakologischer Daten der fast 2 500 zugelassenen aktiven Wirkstoffe und mehr als 6 500 beschriebenen Arzneimittelinteraktionen ist eine elektronische Unterstützung des Arztes zum Verordnungszeitpunkt wünschenswert. In den USA konnten entscheidungsunterstützende EDV-Systeme die Häufigkeit von Verordnungsfehlern um bis zu 80 % reduzieren. In Deutschland steht die Entwicklung solcher Systeme erst am Anfang. So wird derzeit in Saarbrücken mit der Unterstützung der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, des BMGS und des WIdO ein Programm erprobt, das elektronische Verordnungsfehler prüft und Behandler wie Nachbehandler auf potenzielle Dosierungsfehler wie auch gefährliche Wechselwirkungen hinweist. Eingeschränkt wird der Nutzen solcher Programme bisher noch durch den Mangel eines brauchbaren Datennetzwerkes in Deutschland. Zum einen müssen aus der Fülle der möglichen Interaktionen die für die Verordnungsentscheidungen entscheidenden herausgefiltert und verfügbar gemacht werden. Zum anderen müssen dem Arzt alle zur Verordnungsentscheidung wichtigen Informationen (elektronisch) zur Verfügung stehen, vor allem die bei einem Patienten von anderen Kollegen verordneten Präparate und OTC-Medikamente. Einen großen Beitrag zu Qualität und Sicherheit der Arzneimitteltherapie könnte ab Januar 2006 die elektronische Gesundheitskarte leisten. Sie soll zum einen eine bessere Verfügbarkeit von behandlungsrelevanten Patientendaten gewährleisten und zum anderen die Kommunikation zwischen Leistungserbringern verbessern. Es liegt allerdings in der Entscheidung des einzelnen Patienten, welche medizinischen Daten auf der Karte gespeichert bzw. vom Arzt eingesehen werden. Eine Verbesserung ist daher nur dann möglich, wenn der Patient sich entscheidet, seine gesamte Medikation auf der Karte dokumentieren zu lassen. Aktuelle und frühere Diagnosen, verordnete Medikamente, Selbstmedikation und Arzneimittelunverträglichkeiten muss die Karte ebenso ausweisen wie Therapieempfehlungen beispielsweise bei Krankenhausentlassung. Als allgemeine Mindest- oder Notfalldaten sind Angaben zu Alter, Geschlecht, Körpergewicht, Größe und Nierenfunktion sowie Verweise auf Patientenausweise oder eine Patientenverfügung erforderlich. Patientenspezifisch können weitere Parameter notwendig sein, insbesondere

– erkrankungsbedingt relevante Werte,

– therapiebedingt zu kontrollierende Werte und

– therapeutische Zielbereiche von Laborwerten oder Medikamentenblutspiegeln.

Die Zahl dieser pro Patient mit einzubeziehenden Angaben ist zwar begrenzt, die Gesamtliste möglicher Parameter aber umfangreich. Ein entsprechendes Gremium definiert einen diesbezüglichen Merkmal-Thesaurus und wird ihn fortschreiben. Der Erfolg der Gesundheitskarte wird neben der technischen Realisation insbesondere davon abhängen, ob der behandelnde Arzt bei der Dokumentation (EDV-)Unterstützung erhält, und ob der Patient die Speicherung medizinischer Daten als wichtig erkennt, diese erlaubt und die notwendige Datenpflege in ausreichendem Maße betreibt. Neben den noch offenen Fragen zum Datenschutz und der technischen Machbarkeit sollte das besondere Augenmerk auf das Potenzial gelenkt werden, das eine Gesundheitskarte nicht nur zur Entlastung der Verwaltung, sondern vor allem zur besseren Betreuung der Patienten an Schnittstellen (Leistungsverordner/-erbringer, ambulant/stationär) bietet (vgl. Müller-Oerlinghausen, B. 2004).

Wechselseitige Erwartungen

876. Mit der Konzentration auf Förderung rationalen Verordnens wird häufig außer Acht gelassen, dass die multidimensionale Entscheidung des Arztes für oder gegen eine Arzneimittelverordnung und die Auswahl des Präparates wesentlich auch auf nichtpharmakologischen Grundlagen beruht. So wird die Verordnungsentscheidung vom Arzt auch im Hinblick auf ihre Auswirkung auf die Arzt-Patient-Beziehung geprüft, insbesondere dann, wenn er eigentlich auf ein Rezept verzichten möchte. Hier spielt einerseits die Angst mit, gerade den nicht oder gering therapiedürftigen Patienten zu verlieren. Zudem kann sich der Arzt dem rituell-symbolischen ‚Griff zum Rezeptblock‘ selten entziehen, mit dem traditionell die Konsultation beendet wird (siehe Ab-schnitt 7.4). Die unterstellte Erwartung des Patienten auf ein Rezept wird erheblich überschätzt. So geben von 1 320 GKV Versicherten, die in den vorangegangenen drei Monaten eine Arzneimittelverordnung erhalten haben, lediglich 48 % der Frauen und 39 % der Männer an, ein Rezept von vornherein erwartet zu haben (Zok, K. 2002). Darüber hinaus haben große Studien in Deutschland und anderen europäischen Ländern gezeigt, dass Patienten den Hausarzt eher wechseln, wenn er zu viele Medikamente verschreibt, als wenn er selbst aus vermuteten Kostengründen weniger verordnet (Szecsenyi, J. 2003). Ein anderer Faktor für eine mögliche Überverordnung von Arzneimitteln ist die Angst des Arztes vor Beschwerden oder gar juristischen Schritten des Patienten (Bradley, C.P. 1992). Falsche Erwartungen an das Patientenverhalten können aber auch zur Unterversorgung führen, wenn z. B. eine vermutete *Non*-Compliance dazu führt, dass solchen Patienten insbesondere teure Medikamente seltener oder gar nicht verschrieben werden (Carthy, P. et al. 2000; Fischer, G.C. et al. 2000).

877. Wie groß der Einfluss der sozialen Interaktion und der Ansichten, des Verständnisses und des Wissens von Arzt und Patient sowie der gegenseitigen Erwartungen auf die Verordnungsentscheidung ist, rückte erst in den

letzten Jahren in den Mittelpunkt des Interesses. Die Versuche, die Verordnungsentscheidung durch regulative Anreizsysteme zu verbessern, haben nicht die erhofften nachhaltigen Auswirkungen gehabt. Dies liegt nicht zuletzt am hier verfolgten *‚top-down‘* Ansatz, gegen den sich aus Angst um die Arzt-Patient-Beziehung und vor Verlust der klinischen Entscheidungsfreiheit schnell ärztlicher Widerstand formierte. Eine Stärkung der Entscheidungskompetenz und -freiheit des Arztes unter Berücksichtigung der sozialen Einflussfaktoren auf die individuelle Arzt-Patient-Beziehung durch eine *‚bottom-up‘*-Strategie birgt somit erhebliches Potenzial zur Verbesserung von Qualität und Effizienz der Verordnungsentscheidung (vgl. Watkins, C. et al. 2003).

7.9 Qualitätssicherung der Verordnungsentscheidung

878. Der Rat hat sich bereits mit den Themen Leitlinien, Health Technology Assessment und Evidenzbasierte Medizin auseinandergesetzt (Gutachten 2000/2001 Band II, Kapitel 2 und 3).[225] Die Ausführungen beschränken sich an dieser Stelle darauf, Beispiele aufzuzeigen, die für eine zunehmende praktische Umsetzung evidenzbasierter pharmakologischer Therapieoptionen sprechen. Zudem geht es hier darum, Gründe zu finden, warum Ärzte vielfach immer noch ineffektiv verordnen und zwar auch dann, wenn Leitlinien vorliegen. Diesen Hemmnissen kann teilweise durch verbesserte Anreizsysteme und Implementierungstechniken begegnet werden. Zum Teil liegen diese Hemmnisse jedoch in den sozialen Interaktionen und anderen, von Seiten des Gesetzgebers oder der Körperschaften, schwer beeinflussbaren Bereichen begründet.

879. Trotz Erfolgen in der weiteren Institutionalisierung des Fachgebiets Allgemeinmedizin in der medizinischen Ausbildung findet das Medizinstudium weiterhin überwiegend in Universitätskliniken und Lehrkrankenhäusern, die daran anschließende Weiterbildung weitgehend ebenfalls im stationären Sektor statt. Das hierdurch transportierte Spezialistenwissen aus der Krankenhausperspektive geht jedoch häufig am praktischen Wissens- und Informationsbedarf des Hausarztes für die ambulante Versorgung vorbei. Diese ist neben Entscheidungs-, Zeit- und Kostendruck auch durch die Mehrdimensionalität der auftretenden Gesundheitsstörungen von alten, chronisch kranken und multimorbiden Patienten bestimmt. Dieser *‚top down‘* Ansatz kann als ein Grund für die vorhandene ‚Theorie-Praxis-Lücke‘ angeführt werden, die dazu führt, dass Ergebnisse klinischer Forschung in der täglichen Praxis nur bedingt berücksichtigt und umgekehrt Erkenntnisse und Fragestellungen aus der Praxis selten an ‚spezialisiert‘ forschende Arbeitsgruppen zurückgemeldet werden (Gutachten 2000/2001, Band II, Ziffer 361; SG 1997, S. 570ff.).

880. Vor der Verordnung insbesondere eines neuen Wirkstoffs oder Präparates stellt sich für den Primärarzt die Frage, welche Vorteile sich dadurch für den Patienten ergeben, ob sie klinisch relevant sind und durch große klinische Studien belegt sind, und welche unerwünschten Wirkungen und Kosten hervorgerufen werden. Oftmals kann der Arzt hier lediglich auf die Informationen des Herstellers zurückgreifen, dem gerade bei neuen Arzneimitteln ein erheblicher Informationsvorsprung zukommt. Erfolgt ein Verordnungswechsel auf ein neues, möglicherweise effektiveres Präparat auf Grund unzureichender Informationen nicht, so handelt der Arzt zwar evidenzbasiert, muss sich aber möglicherweise Vorwürfen aussetzen, nur aus Kostengründen auf dem bewährten Präparat zu beharren und den Patienten vom medizinischen Fortschritt auszuschließen (siehe hierzu beispielhaft den kursorischen Überblick zur Versorgungssituation bei Herzkreislauferkrankungen am Ende dieses Kapitels). Eine vorgeschaltete institutionalisierte Nutzen-Kosten-Bewertung würde daher den Primärarzt in seiner Verordnungsentscheidung deutlich entlasten und damit zur Qualitätssicherung beitragen.

7.9.1 Konzepte zur Qualitätsmessung in der Pharmakotherapie

881. Eine Qualitätsbewertung medizinischer Interventionen sollte von einem erweiterten Outcome-Konzept ausgehen, das neben der Verbesserung klinisch relevanter Parameter auch eine Nutzenbewertung aus der Perspektive des Patienten (‚hermeneutische Endpunkte‘) enthält. Im konkreten Versorgungsfall ergibt sich hieraus die Forderung, die Gründe für die ärztliche Entscheidung, insbesondere bei Abweichung von Standards und Leitlinien, transparent zu machen. Die Qualität der Arzneimittelverordnung bemisst sich demnach abgesehen von der fachlichen Begründung auch an dem Kriterium einer nachvollziehbaren patientenbezogenen Plausibilität. Insbesondere bei chronisch Kranken bildet das Arzneimittel meist nur einen Baustein auf dem Weg zum Therapieziel, wie z. B. Verhinderung von Gefahren und Komplikationen, Linderung und Management von Beschwerden und Behinderungen. Dabei können Arzneimittel hinsichtlich einer Indikation zwar formal indiziert sein, dennoch gilt es abzuwägen, wie weit nicht auch andere Maßnahmen gleichwertig wirksam zum Ziel führen und primär eingesetzt werden können, wie z. B. körperliche Belastung oder Gewichtsreduktion zur Behandlung der essentiellen Hypertonie. Die Unterlassung einer Arzneimitteltherapie kann somit, sofern das Behandlungsziel auch ohne Medikament erreicht werden kann, ein Qualitätsmerkmal der ärztlichen Versorgung sein.

882. Neben Aspekten der Ergebnisqualität (Gesundheit, Lebensqualität, Patientenzufriedenheit) sind somit bei der Beurteilung von Arzneiverordnungen auch Elemente von Strukturqualität (z. B. die Güte einer Therapieleitlinie) und Prozessqualität (z. B. der Grad der Einhaltung von Leitlinien durch den behandelnden Arzt) relevant. Der

[225] Zur Übersicht siehe auch www.leitlinien.de; www.dimdi.de/de/hta; DEGAM (1999); Hasenbein, U. et al. (2003); Perleth, M. u. Busse, R. (2004); zum Spannungsverhältnis von Leitlinien und Ökonomie siehe z. B. Beiträge in der Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2004, Vol. 98/3, S. 174–242.

Qualität der Versorgung[226] mit Medikamenten ist angesichts dieser komplexen Zusammenhänge weder mit dem Verweis auf die Vorgaben der deutschen und europäischen Arzneimittelzulassungsbestimmungen und den recht umfassenden Leistungskatalog der GKV genüge getan, noch kann sie anhand einiger weniger Indikatoren abgebildet werden. Vielmehr müssen Informationen aus verschiedenen Quellen, unterschiedliche Forschungsansätze und -methoden sowie Qualitätskonzepte bzw. -indikatoren zu einer mehrdimensionalen Analyse zusammengeführt werden. Eine grobe Einteilung der Betrachtungsperspektiven kann wie folgt vorgenommen werden:

1. ‚Pharmazeutisch-ökonomischer Ansatz': Einzelne Substanzen werden anhand ihrer pharmazeutischen Eigenschaften und ihrer empirischen Wirksamkeit bewertet und diesbezüglich sowie hinsichtlich des Preises mit anderen Arzneimitteln verglichen. Für eine schlechte Qualität und mangelnde Effizienz in der Pharmakotherapie sprechen beispielsweise
   - der Einsatz von Wirkstoffen ohne nachgewiesenen Nutzen (umstrittene Arzneimittel),
   - der Einsatz von Wirkstoffen mit negativem gesundheitlichem Nettonutzen (z. B. viele Hormonverordnungen für Frauen in den Wechseljahren),
   - die Verordnung von Wirkstoffen, die keinen belegten Zusatznutzen im Vergleich zu anderen Mitteln aufweisen, aber teurer sind als das Referenzpräparat, und
   - der Verzicht auf die Verordnung bzw. Abgabe von preisgünstigeren Präparaten gleichen Wirkstoffs, obwohl solche zur Verfügung stehen.

Prototyp dieser Art der Betrachtung ist der jährlich von Ulrich Schwabe und Dieter Paffrath in enger Zusammenarbeit mit dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) herausgegebene ‚Arzneiverordnungs-Report'. Die Datengrundlage bilden die zu Lasten der GKV verordneten Medikamente. Er sieht keine personenbezogene Zuordnung von Indikationen und Verordnungen vor. Auf Versorgungsmängel beispielsweise i. S. von Unterversorgung kann daher bestenfalls indirekt geschlossen werden, wenn die ermittelten Verordnungsmengen nicht mit dem an Hand epidemiologischer Daten geschätzten Bedarf übereinstimmen.

2. ‚Klinisch-epidemiologischer Ansatz': Im Rahmen einer in erster Linie quantitativ ausgerichteten Versorgungsforschung werden personen- bzw. populationsbezogene Daten ausgewertet, die eine Verknüpfung von Diagnosen und Medikamentenverordnungen sowie gegebenenfalls von Parametern des Behandlungserfolges ermöglichen. Häufig werden Ist-Soll-Vergleiche durchgeführt, wobei evidenzbasierte Leitlinien als Benchmark dienen können (vgl. z. B. Gutachten 2000/2001, Band III.1 und III.3). Für eine schlechte Qualität der Arzneimittelversorgung sprechen bei einer solchen Betrachtungsweise u. a.
   - die Auswahl von Medikamenten mit negativem gesundheitlichem Nettonutzen, fehlender oder unzureichender Wirksamkeit sowie negativer Nutzen-Kosten-Relation,
   - das Abweichen von Leitlinien und Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft ohne nachvollziehbaren Grund,
   - individuell falsch gewählte Dosierungen, die z. B. Alter, Körpergewicht, Erkrankungsstadium, Komorbiditäten oder Kontraindikationen unzulänglich berücksichtigen,
   - das Nicht-Erreichen von Zielvorgaben, sofern dies auf eine unzureichende Pharmakotherapie zurückzuführen ist (z. B. Unterdosierung oder mangelnde ‚Persistence'[227] von Antihypertensiva oder Lipidsenkern) und
   - das Auftreten von Komplikationen und unerwünschten Arzneimittelwirkungen, die bei sachgerechter Verordnung und Anwendung vermeidbar gewesen wären.

Der seit dem Jahr 2000 jährlich erscheinende ‚GEK-Arzneimittel-Report' stellt eine Art Prototyp für einen klinisch-epidemiologisch orientierten Bericht dar (vgl. z. B. Glaeske, G. u. Janhsen, K. 2004). Anhand pseudonymisierter Daten von GEK-Versicherten werden Behandlungsverläufe dargestellt, die z. B. durch die Berücksichtigung von stationären Diagnosen Auskunft über den Einsatz neuer Arzneimittel und Therapiestrategien geben. Zudem können personenbezogene Aussagen über die Verordnungshäufigkeit, mittlere verordnete Dosierungen oder populationsbezogene und regionale Verteilungsmuster getroffen werden (vgl. z. B. Scharnetzky, E. 2004 zu Methylphenidat und Unfällen bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS)[228] oder Meyer, F. 2004b zu Verordnungsdefiziten bei CSE-Hemmern). Auch vergleichende Studien zur Verträglichkeit und zum Nutzen therapeutischer Interventionen sind durchführbar, sofern die Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten oder Variationen des Medikamentenverbrauchs relevante Bewertungsmerkmale sind (vgl. Glaeske, G. et al. 2003). Da zum ambulanten Versorgungsbereich bislang routinemäßig noch keine Leistungs- und Diagnosedaten vorliegen, kann das Versorgungsgeschehen nur fragmentarisch abgebildet werden.[229] Ferner wird zumeist nicht untersucht, wie die Medikamentenverordnung zu

[226] Zu Konzepten von Qualität bzw. des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen im Allgemeinen hat sich der Rat ausführlich im Gutachten 2000/2001, Band II, Kapitel 2 und 3 geäußert.

[227] Mit ‚Persistence' wird die arztseitige ‚Compliance', also das dauerhafte Verordnen der ausreichenden Menge eines Arzneimittels, bezeichnet (vgl. Kapitel 7.8.4 Arzt-Patient-Interaktion).

[228] Zur Diagnostik und Therapie bei hyperkinetischen Störungen vgl. auch Remschmidt, H. u. Heiser, P. (2004).

[229] Vgl. jedoch auch Untersuchungen der Arbeitsgruppe um von Ferber bzw. Primärmedizinische Versorgung Forschungsgruppe Universität Köln (www.pmvforschungsgruppe.de), die personenbezogen pseudonymisierte Daten einer Versichertenstichprobe der AOK-Hessen auswerteten, siehe z. B. Schubert, I. et al. 2003; Hauner et al. 2003a; Hauner et a. 2003b.

Stande gekommen ist und wie zufrieden die Patienten damit sind.

3. ‚Interaktions-patientenbezogener Ansatz': Einige Facetten der Qualität der Pharmakotherapie lassen sich nur durch eine Analyse der Arzt-Patienten-Interaktionen und lebensweltlicher Kontextfaktoren erfassen, die entscheidenden Einfluss auf die verordnungsgerechte Verwendung von Arzneimitteln haben. Hierbei kommen oft qualitative Forschungsmethoden zum Einsatz. Erwartungen, Bedürfnisse und Zufriedenheit der Patienten werden erhoben und in Beziehung zu arztseitigen Wahrnehmungen und Handlungen gesetzt. Für eine schlechte Qualität der Pharmakotherapie sprechen unter diesen Aspekten:

– Non-Compliance des Patienten z. B. aufgrund kommunikativer Defizite in der Arzt-Patient-Beziehung und eines fehlenden Konsenses hinsichtlich der Behandlungsprioritäten und –ziele,

– eine unzureichende Berücksichtigung individueller Lebensgewohnheiten (z. B. Tagesrhythmus, Esskultur) oder Fähigkeiten (z. B. Schluckbeschwerden, Schwierigkeiten bei der Entnahme von Tabletten aus der Verpackung) der Patienten,

– Verordnungen, die bei entsprechenden Indikationen nicht den Patientenpräferenzen (z. B. Phytopharmaka bei mittelschweren Depressionen) entsprechen, und

– Dauerverordnungen von Arzneimitteln, die mit einem Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial belastet sind und dennoch – in vielen Fällen ohne Information über diese Gefährdung – unkontrolliert und unkommentiert weiterverordnet werden.

Der oben skizzierte Ansatz wird im wesentlichen in Einzelstudien umgesetzt. Gerade qualitative Untersuchungen, die sich z. B. auf in Interviews oder durch Beobachtung erhobene Daten stützen, tragen dazu bei, Interaktionsmuster und Kausalzusammenhänge in komplexen Wirkgefügen aufzuklären.[230] Der Erkenntnisgewinn, der mit Hilfe qualitativer Forschungsmethoden erzielt wird, darf nicht zugunsten einer einseitig und schematisch quantitativ ausgerichteten Evidenzsuche gering geschätzt werden. Vielmehr müssen Strategien zur Qualitätsverbesserung der Arzneimittelverordnung mehrdimensional über die verschiedenen Betrachtungsperspektiven hinweg entwickelt werden. Hierzu werden im Folgenden vielversprechende Ansätze vorgestellt.

7.9.2 Einhaltung von Therapieleitlinien

883. Die Methoden und Instrumente der evidenzbasierten Medizin bilden geeignete Mittel zur Verbesserung der Qualität der Pharmakotherapie, indem sie dem einzelnen Arzt Behandlungskorridore aufzeigen. Vor dem Hintergrund des raschen Wandels des wissenschaftlichen Erkenntnisstandes kann die Anwendung von Leitlinien die Arzt-Patient-Beziehung dadurch fördern, dass sie das Vertrauen in die Angemessenheit der ergriffenen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen stärkt (vgl. Kienzle, H.-F. 2004).

Es gibt einige Hinweise auf die Umsetzung evidenzbasierter Therapieempfehlungen (vgl. Schwabe, U. (2004c). Zum Beispiel gehen die Verschreibungen von

– ‚umstrittenen' Arzneimitteln insgesamt,

– nur symptomatisch wirksamen Nitraten bei ischämischen Herzerkrankungen,

– Digitalisglykosidhaltigen Mitteln zugunsten von Hemmstoffen des Renin-Angiotensin-Systems bei Herzinsuffizienz,

– Alpha-Blockern in der Hypertonietherapie,

– Theophyllin bei obstruktiven Lungenerkrankungen,

– Mitteln zur postmenopausalen Hormontherapie und

– Mutterkornalkaloidhaltigen Mitteln zugunsten der Triptane bei Migräne

zurück. Zudem steigen wie empfohlen die Verordnungszahlen für Aldosteronantagonisten (Spironolacton) zur Behandlung der Herzinsuffizienz und für Thiazid-Diruetika bei der Behandlung des Bluthochdrucks.

884. Die Auswirkungen von Studienergebnissen und daraus folgenden Änderungen der Leitlinien auf das Verordnungsverhalten werden häufig überschätzt. So führten die Ergebnisse der ALLHAT Studie, in der der Arm der antihypertensiv wirkenden €-Blocker vorzeitig abgebrochen worden war, in den USA zu einer zügigen Revision der Leitlinien zur Hypertoniebehandlung, nicht aber zu einem Einbruch in der Verordnung dieses Wirkstoffs. Die moderate Abnahme wurde noch dazu von sinkenden Werbeausgaben bei auslaufendem Patentschutz überlagert. Dies zeigt, dass zusätzliche Strategien zur Verbreitung und Umsetzung von Studienergebnissen angewandt werden müssen (vgl. Stafford, R.S. et al. 2004).

885. Dies läßt sich auch am Beispiel der postmenopausalen Hormontherapie belegen. Auf Grund viel versprechender Beobachtungsergebnisse zur Verhinderung von Osteoporose, KHK und Hirnleistungsstörungen fand die postmenopausale Hormontherapie eine weltweit hohe Akzeptanz. Allein in Deutschland nahmen auf dem Höhepunkt 1999 rund 2,9 Millionen GKV-versicherte Frauen regelmäßig Östrogen- und Östrogenkombinationspräparate ein. Nach Veröffentlichung der HERS-Studie 1998, die keinen positiven Gesamteffekt einer postmenopausalen Hormontherapie nachweisen konnte, gingen die Verordnungszahlen in Deutschland erstmals leicht zurück. Entscheidend aber war der Abbruch eines Teils der weltweit umfangreichsten Studie zur postmenopausalen Östrogen-Gestagen-Therapie, der WHI-Studie, im Mai 2002. Danach waren die Gesundheitsrisiken einer kombinierten Östrogen-Gestagen-Therapie höher als ihr Nutzen. Eine britische Studie bestätigte diese Ergebnisse, die eine Million Frauen – 53 % aller britischen Frauen im Alter zwischen 50 und 64 Jahren – erfasste. Sowohl das BfArM als

[230] Zur Übersicht über die in der Gesundheitsforschung angewandten qualitativen Methoden siehe Schaeffer, D. und Müller-Mundt, G. 2002.

auch die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) mit ihrer ersten evidenzbasierten deutschsprachigen Leitlinie haben Mitte 2003 mit der Einschränkung der Hormontherapie auf eine im Einzelfall zu prüfende kurze und niedrig dosierte Anwendung bei ausgeprägten Wechseljahresbeschwerden reagiert. Trotz der eindeutigen Studienlage und der klaren Indikationseinschränkung in den betreffenden Leitlinien blieb eine wirkliche Kehrtwende in der Verordnung von Östrogenpräparaten bisher aus. So ging die Zahl der verordneten Tagesdosen im zweiten Halbjahr 2003 im Vergleich zum Vorjahr um zunächst 20 % zurück und liegt immer noch so hoch, dass sie einer täglichen Behandlung von 2,15 Millionen GKV-Versicherten und damit einer Zahl von 2,5 Millionen Frauen in der Gesamtbevölkerung entspricht (vgl. Hulley, S. et al. 1998; Writing Group for the Women's Health Inititative Investigators 2002; Million Women Study Collaborators 2003; Zawinell, A. und Dören, M. 2003; Nink, K. u. Schröder, H. 2004f; Ortmann, O. u. König, K. 2005).

886. Das Verstoßen gegen Leitlinienempfehlungen – hier zur antibiotischen Therapie der Mittelohrentzündung – wurde von niederländischen Allgemeinärzten zwar überwiegend medizinisch (z. B. mit Hinweisen auf den Schweregrad der Erkrankung) begründet. Einige Antworten[231] wiesen jedoch eindeutig auf arzt- und/oder patientenseitige Faktoren hin (vgl. Damoiseaux, R.A.M.J. et al. 1999; Doust, J. u. DelMar, C. 2004).

887. Motive und Bedingungen für ärztliche Nichtbeachtung von Leitlinien beinhalten (vgl. Hasenbein, U. et al. 2003):

- geringer Bekanntheitsgrad der Leitlinie beim Arzt, wobei aktuell publizierte Leitlinien bekannter sind als ältere,
- geringe Überzeugung eines Nutzens für den Patienten, insbesondere älteren und multimorbiden, sowie bei mangelndem Unterstützungspotenzial des sozialen Umfeldes,
- widersprüchliche Meinungen von Experten und der vom Arzt anerkannten Meinungsführer,
- unterschiedliche Auffassungen von Praxispartnern,
- wahrgenommene Widersprüche zwischen der individuell-ärztlichen Erfahrung und den Leitlinieninhalten,
- Nichtübereinstimmung mit der Interpretation klinischer Studienergebnisse,
- einer Leitlinie zuwiderlaufende Patientenpräferenzen,
- geringer Bekanntheitsgrad und als gering eingeschätzte Seriosität der leitliniensetzenden Organisation,
- Vergesslichkeit (Mängel in der fallbezogenenn Information bezüglich des Leitlinien-Anwendungsbedarfs), vor allem aufgrund hoher Patientenfluktuationen in der Praxis sowie
- Zeit- bzw. sonstige Ressourcenknappheit.

888. Ansätze zur Förderung der Anwendung leitlinien- oder evidenzbasierter Medizin müssen somit auf die Art und Weise abzielen, wie der Primärarzt Studienergebnisse und daraus resultierende Leitlinienänderungen bewertet. So prüft er selten die Studiendaten selbst, sondern in erster Linie die sich daraus ergebenden Schlussfolgerungen auf ihre sozialen und wirtschaftlichen Implikationen. Dabei ist das der Informationsquelle entgegen gebrachte Vertrauen von entscheidender Bedeutung, nicht so sehr das Vertrauen in die Richtigkeit der Information selbst. Qualitative Studien konnten zeigen, dass in diesem Kontext der persönliche Kontakt der Schriftform deutlich überlegen ist (vgl. Fairhurst, K. u. Huby, G. 1998). Kontakte zu fachärztlichen und klinischen Kollegen erwiesen sich als besonders einflussreich, Repräsentanten der Hersteller wirken häufig als Verstärker. Nur wenn der Arzt eine Übereinstimmung in der Kernaussage der vielen verschiedenen Informationsquellen erkennt, hält er diese auch für sein Verordnungsverhalten für relevant. Strategien zur Förderung der Anwendung neuer Forschungserkenntnisse müssen daher an der lokalen Konsenssuche auf Primärarztebene ansetzen und nicht einseitig auf den *‚trickle-down'*-Effekt von Studienergebnissen und Leitlinienempfehlungen von oben nach unten (*‚top-down'*) vertrauen.

7.9.3 Pharmakotherapiezirkel

889. Dem einzelnen Primärarzt fällt eine Beurteilung der Qualität und Wirtschaftlichkeit seines Verordnungsverhaltens mangels neutraler, aktueller Information und individuellem Feedback oft schwer. Einen Fortschritt brachte in diesem Zusammenhang die bundesweite Einführung der GKV-Arzneimittelschnellinformation für Ärzte (GAmSi-Arzt) Anfang 2003. In enger Zusammenarbeit mit den Apothekenrechenzentren und dem WIdO liefern die KVen jedem Kassenarzt eine individuelle Übersicht der Verordnungsdaten seiner Praxis, die einen Vergleich zu Ärzten der gleichen Fachgruppe sowie zu vorangehenden Verordnungszeiträumen ermöglicht. Dieses Feedback ist als Grundlage für die Überprüfung des individuellen Verordnungsverhaltens von zentraler Bedeutung, führt allerdings nicht allein schon zu einer Qualitätsverbesserung. Große internationale randomisierte Studien haben gezeigt, dass ein solches Feedback (unaufgefordert, per Post zugestellt, zentralisiert erfasst, basierend auf aggregierten Daten und vom Kostenträger erstellt) allein zu keinen Änderungen des Verschreibungsverhaltens führt (O'Connell, D.L. et al., 1999).

890. Insgesamt belegen zahlreiche Studien zur Qualitätssicherung ärztlichen Verordnungsverhaltens, dass nachhaltige Veränderungen von Verordnungsroutinen nur

[231] Gewohnheit, dem Patienten oder sich selbst Erleichterung verschaffen zu wollen, negative Ereignisse in der Vergangenheit, das bevorstehende Wochenende, der Patient will in Urlaub fahren, das krankheitsbezogene Verhalten des Patienten, eine Forderung seitens des Patientens bzw. die Antizipation einer solchen Forderung seitens des Arztes.

schwer zu erreichen sind. Im Gegensatz zur leitliniengestützten Fortbildung nach klassischem ‚*top-down*' Ansatz gilt das ‚*peer review*' als ein wirksames Verfahren, solche Verhaltensänderungen zu erzeugen. Hierbei handelt es sich um ärztliche Initiativen zur Qualitätsförderung, in denen das evaluierende, kollegiale Gespräch im Vordergrund steht. Solche Qualitätszirkel haben sich zunehmend auch in Deutschland etabliert, sowohl im ambulanten wie stationären Bereich.

Pharmakotherapiezirkel bestehen in der Regel aus einer Gruppe von hausärztlich tätigen Allgemeinmedizinern und Internisten, die sich regelmäßig und freiwillig trifft. Unter der Moderation von ebenfalls hausärztlich tätigen Kollegen werden Therapiekonzepte diskutiert und Strategien für eine rationale Arzneimitteltherapie entwickelt. Grundlage dieses interkollegialen Austausches, der an den Problemen und Besonderheiten des primärärztlichen Verordnungsverhaltens ansetzt, bildet die Analyse aller oder einer Stichprobe der Rezepte eines Arztes. Diese themen- bzw. indikationsgruppenspezifische Verordnungsanalyse eröffnet jedem Teilnehmer Einblick in sein Verordnungsverhalten, zeigt Abweichungen von den eigenen Vorstellungen und Diskrepanzen zu den Empfehlungen rationaler Arzneimitteltherapie. Vor dem Hintergrund dieser Dokumentation können Qualitätsprobleme erkannt und in den Diskussionsrunden gemeinsam bearbeitet werden (Schubert, I. et al. 2000).

891. Die KV Hessen bot 1994 erstmals Pharmakotherapiezirkel in der Region Nordhessen an, die sich speziell an Hausärzte richteten, die im Vergleich zu ihrer Facharztgruppe durch hohe Verordnungskosten auffielen und von Regressforderung bedroht waren. Insgesamt 150 Ärzte nahmen dieses freiwillige Angebot an. Im Jahr 2002 wurde dieses Angebot hessenweit und unabhängig vom bisherigen Verordnungsvolumen erweitert, was 612 Ärzte (oder 15 % aller hessischen Hausärzte) zur Teilnahme veranlasste. Zunächst wurden gruppenbezogene Verordnungsanalysen erstellt, die den Teilnehmern ihr eigenes Arzneimittelspektrum und die Behandlungsprävalenz ihrer Praxis veranschaulicht und in anonymisierter Form mit den am Zirkel teilnehmenden Kollegen sowie einer randomisierten Kontrollgruppe verglichen. In den folgenden acht Zirkeltreffen gaben diese Analysen den Anstoß, zu den Themen Antihypertensiva, Magen-Darm-Mittel, Lipidsenker, Psychopharmaka, Antibiotika, Antiasthmatika und Antidiabetika Erfahrungen auszutauschen. Diese beinhalteten die arztindividuellen therapeutischen Konzepte, den Umgang mit Patienten- und Kollegenerwartungen sowie medikamentöse und nichtmedikamentöse Alternativen. Nach zwei Jahren erfolgte die Evaluation, die zum unverzichtbaren Bestandteil der Zirkelarbeit gehört. Eine erneut erstellte Verordnungsanalyse ermöglichte einen Vorher-/Nachher-Vergleich, der den Teilnehmern als Feedback diente, inwieweit sich ihr Verordnungsverhalten verändert hatte. Dieses Feedback konnte erneut als Ausgangspunkt für qualitätssichernde Veränderungen genutzt werden. Bisher vorliegende Ergebnisse zeigen positive Effekte auf die Verordnungsweise in qualitativer wie in wirtschaftlicher Hinsicht. So gingen die Verordnungskosten mit 2,4 % stärker als in der Kontrollgruppe mit 1,6 % zurück, der fallbezogene Kostenanstieg war signifikant geringer. Im Vergleich zur Kontrollgruppe wurden mehr bewährte Antidiabetika, Lipidsenker, Standardantibiotika sowie Generika verordnet, die Verordnung umstrittener Wirkstoffe ging zurück. Die teilnehmenden Ärzte äußerten sich positiv zur Zirkelarbeit, wobei sie besonders die Möglichkeit schätzten, das eigene Verordnungsverhalten mit dem der Kollegen zu vergleichen und im vertrauten Rahmen einer kleinen Gruppe zu besprechen. Das Konzept ist mittlerweile auch in Niedersachsen, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein umgesetzt worden (vgl. Andres E. et al. 2004a, 2004b).

7.9.4 Pharmakotherapieberatung

892. Das von der Industrie seit Jahrzehnten erfolgreich betriebene *face-to-face-Marketing* via Pharmareferenten ließe sich im Prinzip auch mit der Zielsetzung einer qualitativ besseren und gleichzeitig effizienteren Medikamentenverordnung durchführen (‚*counter-detailing*' bzw. ‚*academic detailing*'). Herstellerunabhängige Pharmakotherapieberater könnten – unter Anwendung kommerzieller Marketingmethoden – Ärzte persönlich beraten, ihnen aktuelle Informationen vermitteln und sie so in ihrem Verordnungsverhalten positiv beeinflussen (‚*social marketing*'). Das Konzept des ‚*academic detailing*' möchte evidenzbasiertes Verordnungsverhalten fördern, indem es die hochentwickelten Techniken der Kommunikation und Verhaltensänderung der pharmazeutischen Industrie zur Förderung rationellen Verordnens nutzt. Dieser Ansatz beruht auf einem Einzelgespräch des Primärarztes mit einem speziell geschulten ärztlichen Kollegen oder Pharmazeuten, der evidenzbasierte verschreibungsrelevante Informationen in einem für den Kliniker benutzerfreundlichen und interaktiven Fortbildungskontext präsentiert. Dieses Konzept hat sich speziell für die Verordnungsqualität von Antibiotika bewährt. Nutzen-Kosten-Analysen konnten zeigen, dass die Einsparungen doppelt so groß wie die investiven Ausgaben waren (vgl. Avorn, J. u. Soumerai, S.B. 1983; Soumerai, S.B. u. Avorn, J. 1986).

893. In Deutschland hat sich eine Vielzahl von Beratungsmodellen etabliert, die je nach den beteiligten Projektpartnern und -zielen sehr differieren. § 305a SGB V ermöglicht den Krankenkassen grundsätzlich die Beratung der Vertragsärzte. Bestehende Modelle beinhalten

– kassenübergreifende Projekte auf Ebene von Arbeitsgemeinschaften oder Landesverbänden ebenso wie Projekte von Einzelkassen,

– gemeinsame Durchführung mit kassenärztlichen Vereinigungen auf vertraglicher Basis oder ohne deren explizite Einbindung,

– in einigen Fällen die Einbeziehung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen sowie

– Beratung in reiner Schriftform, telefonische Kontaktaufnahme und Beratung oder ein direktes Beratungsgespräch.

Exkurs: BKK-Pharmakotherapieberatung in Zusammenarbeit mit der KV Nordrhein

894. Der BKK Landesverband NRW bietet zusammen mit der Barmer Ersatzkasse sowie der KV Nordrhein niedergelassenen Ärzten eine auf Verordnungsdaten der teilnehmenden Krankenkassen basierende, arztindividuelle Beratung zur Arzneimitteltherapie an. Dabei werden Vertragsärzte beraten, deren Verordnungsverhalten ein überproportionales Einsparpotenzial bzw. sonstige Wirtschaftlichkeitsreserven vermuten lässt, oder die aus eigenem Interesse beraten werden möchten. Die Pharmakotherapieberatung findet im Regelfall nicht im Kontext der Wirtschaftlichkeitsprüfung statt und wird quartalsweise in insgesamt fünf Wellen durchgeführt.

Für die analysierten 118 Ärzte, die bis Ende 2002 beraten wurden, beläuft sich das Netto-Einsparvolumen auf mehr als 61 000 € je Quartal. Diese Ärzte weisen nach der Beratung in allen untersuchten Bereichen günstigere Kennwerte als die Vergleichsärzte ohne Arzneimittelberatung auf. Der Umsatz je Arzneimittelpatient als wichtigster Untersuchungsparameter ist von 12,2 % Überschreitung des standardisierten Fachgruppendurchschnitts der KV vor der Beratung auf 7,3 % nach der Beratung, also um 4,9 Prozentpunkte zurückgegangen. Die Vergleichsärzte haben für den gleichen Zeitraum nur eine Reduzierung um 0,9 Prozentpunkte von 11,9 % auf11 % der Fachgruppenwerte vorzuweisen. Die Kosteneinsparung je Arzneimittelpatient nahm über die drei beobachteten Folgequartale sogar zu, was für eine nachhaltige Verbesserung des Verordnungsverhaltens spricht. Umstrittene Arzneimittel (minus 16,2 %), Präparate mit Suchtpotenzial (minus 15,5 %) und Analogpräparate (minus 10,3 %) nahmen deutlich ab, Generika relativ zum Gesamtmarkt (plus 5,9 %) dagegen deutlich zu.

Grundsätzlich sind die beobachteten Effekte in den einzelnen KV-Bezirksstellen gleich gerichtet. Dennoch bestehen teilweise erhebliche regionale Unterschiede, die Rückschlüsse auf die Qualität der Beratung zulassen. Insgesamt wird die kompetente und individuelle Beratung der Ärzte als entscheidend für den Erfolg angesehen. In der Schulung der Pharmakotherapieberater werden Problemfälle der Beratung, Schnittstellenprobleme zwischen Arzt und Krankenkasse thematisiert oder spezielle Fragestellungen erörtert. Diese beziehen sich auf die Anwendung der Arzneimittelrichtlinien, auf Fragen der therapeutischen sowie der Bioäquivalenz, auf die Bedeutung der Analogpräparate oder die pharmazeutische Qualität von Generika und parallel importierter Arzneimittel.

Für die Krankenkasse ist neben den messbaren Einsparungen und Qualitätsverbesserungen besonders von Interesse, mit der Pharmakotherapieberatung gegenüber den Ärzten und Kassenärztlichen Vereinigungen als kompetenter Gesprächspartner in Arzneimittelfragen auftreten zu können (vgl. Bundesverband der Betriebskassen 2003).

895. Die durch Pharmakotherapieberatung der Krankenkassen erzielten Erfolge sind erfreulich. Es bleibt allerdings einzuschränken, dass die Informationen, die von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden, zwar herstellerunabhängig, nicht aber notwendigerweise „unabhängig und neutral“ sein müssen, da sie als Kostenträger von der Verordnungsentscheidung im vergleichbaren Maße betroffen sind wie die Pharmaindustrie. Darüber hinaus liegt das Hauptaugenmerk des Kostenträgers auf den Verschreibungskosten und damit vermehrt auf den patentgeschützten Arzneimitteln und weniger auf geeignetem Verordnungsverhalten von vergleichsweise preisgünstigen Medikamenten. Eine Überversorgung mit neuen, teuren Antibiotika würde früh bemerkt und potenziell sanktioniert, eine Überversorgung mit dem preisgünstigen Amoxicillin mit seinen vergleichbaren biologischen Auswirkungen vermutlich nicht.

Die Konzentration der Pharmakotherapieberatung auf Hochverordner und Praxen mit überproportionalem Einsparpotenzial erscheint sinnvoll, die Beratung muss jedoch auf freiwilliger Basis angeboten werden. Wird die Beratung von Krankenkasse und/oder Kassenärztlicher Vereinigung durchgeführt, so ist auf eine strikte Trennung zum Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren mit potenzieller Regresspflicht zu achten. Nur wenn der Arzt die Beratung als hilfreich erfährt, weil er offen und ohne Angst auf spätere Verwendung in einem Regressverfahren sein Verordnungsverhalten mit dem Berater diskutieren kann, verspricht die Pharmakotherapieberatung Erfolg.

Eine wirklich (von Hersteller und Kostenträger) unabhängige Pharmakotherapieberatung wäre wünschenswert, erscheint aber wenig realitätsnah. Eine individuelle Beratung durch die Krankenkassen aber würde dem Monopol der pharmazeutischen Industrie in den Arztpraxen entgegenwirken und die Qualität des Informationsangebots an den interessierten Primärarzt erheblich verbessern. Daher wäre eine Ausweitung des Beratungsrechts der Kassen trotz der immanenten Schwächen wünschenswert (vgl. § 305a SGB V).

Eine Kombination der bisher beschriebenen Ansätze hat sich in verschiedenen internationalen Studien als erfolgreich erweisen. Eine Zusammenfassung positiv evaluierter Verfahren, die direkt auf ihre Wirkung hinsichtlich der Beeinflussung der angewandten Pharmakotherapie untersucht worden waren, bietet Tabelle 92.

Tabelle 92

Beispiele für Interventionen zur Verbesserung der Antibiotikatherapie

Intervention	Beschreibung	Aufwand Arzt	Ergebnis
traditionelle Fortbildung	gedruckte Leitlinien in den Büros von Ärzten in Weiterbildung	sehr gering	Keine signifikante Verbesserung
strukturierte Anforderungs-formulare für Antibiotika	Angabe einer spezifischen Indikation erforderlich; automatischer Abbruch der Verordnung nach 48 Stunden	gering	signifikante Reduktion der Zahl und Dauer von Antibiotikaverordnungen
	Anforderungsformulare enthalten fortbildende Hinweise und Dosierungsleitlinien		deutliche Verbesserung der Dosierung
computer-gestützte Systeme	computerisierte Überwachung der Empfindlichkeitsmuster; Antibiotika-verordnungen rufen umgehende Rücksprache hervor	gering	20 % der Warnungen führten zu Änderungen der Antibiotika-verordnungen
	‚antibiotic consultant' schlägt auf der Basis der vom Arzt eingegebenen klinischen Informationen Antibiotikum vor		vorgeschlagene Therapieregime deckten in großem Prozentsatz die Erregerempfindlichkeiten ab
	lokal adaptierte Antibiotika-Leitlinien eingebunden in Entscheidungs-unterstützungssystem		Antibiotikaverordnung und Kosten reduziert
	in computergestütztes Auftrags-erfassungssystems integrierte Leitlinien der CDC und zum Gebrauch von Vancomycin		signifikante Reduktion des Gebrauchs von Vancomycin
‚academic detailing'	speziell ausgebildete Pharmakologen schulen Hochverordner von Cephalosporinen	mäßig	signifikante Reduktion der Verordnungen und Kosten
	geschulte Ärzte, Pharmareferenten und Pharmakologen besuchten Ärzte, mit unangemessener Antibiotika-verordnung in der Vorgeschichte		signifikante Reduktion unangemessenen Antibiotika-einsatzes
Kombination	kombinierte Patienten- und Ärzte-schulung unter Einsatz von Verord-nungsprofilen und academic detailing	mäßig	signifikante Reduktion der Anti-biotikaverordnungen bei akuter Bronchitis

Quelle: Modifiziert nach Arvorn, J. u. Solomon, D. H. (2000); Quellenangaben zu den einzelnen Studien in der Originalpublikation enthalten

7.9.5 Pharmakoepidemiologische Datenbanken

896. Eine unzureichende Datenlage erschwert häufig valide Einschätzungen zur Über-, Unter- und Fehlversorgung. Für den Bereich der Pharmakotherapie etablierten sich in vielen Ländern, wie z. B. den Niederlanden, Großbritannien, USA, Kanada und den skandinavischen Ländern, so genannte Pharmakoepidemiologische Datenbanken (PDb), die den Beteiligten des Gesundheitssystems umfangreiche und repräsentative Daten zur Verfügung stellen. Diese Datenbanken basieren auf routinemäßig erhobenen Verordnungs-, Diagnose- und Leistungsdaten, die personenbezogen und pseudonymisiert über die Zeit miteinander verknüpft werden können. Pseudonymisiert bedeutet in diesem Zusammenhang-, dass eine Person über ihre Identifikationsnummer, aus der auch die Angaben zu Alter und Geschlecht hervorgehen, über den gesamten Beobachtungszeitraum hinsichtlich ihrer medizinischen Inanspruchnahme erkannt werden kann. Dafür bleibt aber auch für diejenigen, die die Daten auswerten, die Identität unerkannt.

897. Fundierte Analysen zur Qualitätssicherung und zu den Krankheitskosten werden in der ambulanten Arzneimitteltherapie durch PDbs erheblich erleichtert. Bisher

stehen zur Analyse des Arzneimittelmarktes neben Auswertungen einzelner Kassen sowohl der Arzneimittelindex der GKV, eine routinemäßige Dokumentation und Globalanalyse der ärztlichen Arzneimittelverordnungen und der Entwicklungen des GKV-Arzneimittelmarktes, als auch die später hinzugetretenen GKV-Arzneimittelschnellinformationen (GamSI), die schnellere, auch regionale Analysen der Kostenentwicklung erlauben, als allgemein zugängliche Daten zur Verfügung. Der Arzneimittelindex bildet die Grundlage für die Daten, die an das ‚EU Public Health Information Network' (EUPHIN) über Preise, Ausgaben und Nutzung von Medizinprodukten gemeldet werden. Diese wird zur Zeit vom EURO-MED-STAT Projekt errichtet und soll den Mitgliedsstaaten ein Benchmarking und einen direkten Vergleich ermöglichen (The EURO-MED-STAT GROUP 2003). In all diesen Datenbanken wie auch den internen Krankenkassendaten besteht erst seit Beginn des Jahres 2004 die Möglichkeit, die Verordnungsdaten der Versicherten routinemäßig mit Diagnosedaten zu verbinden, Längsschnittanalysen sind dagegen nur bedingt möglich. Mit Hilfe der PDbs lassen sich dagegen über die Globalanalysen der aggregierten Zahlen hinaus qualitative Fragestellungen bearbeiten, die insbesondere für Aussagen zu Über-, Unter- oder Fehlverordnungen von Bedeutung sind. Durch den Vergleich des Status Quo der Verordnungsweise mit evidenzbasierten Leitlinienempfehlungen können die Verordnungsqualität bewertet und über den zeitlichen Verlauf auch die Effekte gesundheitspolitischer Maßnahmen dargestellt werden.

898. Ein zentraler Vorteil einer PDb besteht in der Verbesserung der Arzneimittelsicherheit, da sie eine zielgenaue Nutzen-Risiko-Bewertung von Arzneimitteln auch nach der Markteinführung ermöglicht. Seltene schwere unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) eines Medikamentes werden in der Regel erst nach Markteinführung manifest, wenn das Arzneimittel in die breite Anwendung eintritt. Zum Zeitpunkt der Zulassung ist der Kenntnisstand über das pharmakologische Profil und insbesondere die Anwendungssicherheit eines Arzneimittels auf Grund der begrenzten Fallzahl und Beobachtungsdauer in den klinischen Studien vor der Zulassung (Phase I-III) beschränkt. Hinzu kommt, dass die Patienten in den meisten Fällen nicht der späteren Behandlungspopulation entsprechen, da Ältere, Frauen oder Kinder in den klinischen Studien bis zur Phase III unterrepräsentiert sind. Das von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und dem BfArM geschaffene System der Spontanberichterstattung UAW weist trotz seiner Leistungsfähigkeit einige bedeutende Limitationen auf. ‚*Underreporting*' und fehlende Daten zur Zahl exponierter Patienten und Dauer ihrer Exposition machen es unmöglich, die Daten aus dem Spontanmeldesystem für systematische epidemiologische Studien zu nutzen.[232] Demgegenüber kann mit Hilfe einer PDb bei Verdacht zeitnah die Inzidenz von UAW bestimmt und die Höhe des Risikos im Vergleich zu therapeutischen Alternativen quantifiziert werden. Diese Nutzen-Risiko-Bewertung bildet die Grundlage für Empfehlungen, Indikationen einzuschränken, Kontraindikationen zu erweitern, eine Zulassung zurückzunehmen oder aber die Sicherheit eines Arzneimittels zu bestätigen.

899. Auch für die Bearbeitung von pharmakoökonomischen Fragestellungen stellen PDbs ein geeignetes Instrument dar. Um Therapiealternativen mit Hilfe von Kosten-Effektivitäts- und Kosten-Nutzen-Analysen ökonomisch bewerten zu können, ist eine Darstellung der Gesamtkosten notwendig. Diese gehen über die direkten Kosten (medizinische, pflegerische, rehabilitative Leistungen, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel) hinaus, die über die Abrechnungsdaten zu bestimmen sind. Anhand einer Versichertenstichprobe aus den PDbs können auch die indirekten Kosten ermittelt werden, die sich aus dem durch die Krankheit verursachten Produktionsausfall (Arbeitsunfähigkeit, Frühberentung, Tod) ergeben. Wenn die PDbs Parameter enthalten, die eine Abschätzung des Outcomes erlauben, werden auch differenzierte Kosteneffektivitätsanalysen möglich.

900. Ein strenger Datenschutz und konkurrierende Partikularinteressen haben bisher in Deutschland den Aufbau zentraler Datensammelstellen und den zeitnahen Zugang zu den wenigen existierenden Datenpools erschwert. Die im GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) geplante Bildung eines Datenpools von pseudonymisierten Daten der GKV (§ 303 SGB V) stellt einen ersten Schritt für den Aufbau einer PDb dar, da ab dem Jahr 2004 neben den stationären auch die ambulanten Diagnosen in den Kassendaten verfügbar sind.

Datenbanken können aber selbst bei Dokumentation einer großen Zahl an Daten rund um die Therapie keinen Aufschluss über die Details der Entscheidungsfindung des Arztes bei Auswahl der medizinischen und nichtmedizinischen Therapie bzw. Nichtbehandlung geben. Eine Vollständigkeit der Daten, wie sie im Rahmen der Konzeption zu einer prospektiven Studie erreicht wird, kann hier mit dem gegenwärtigen Stand der Technik nie erlangt werden. Daher können PDbs epidemiologische Studien und hier vorzugsweise retrospektive Therapievergleiche, Prävalenzstudien sowie auch Nutzen-Kosten-Analysen nicht ersetzen, aber wirkungsvoll ergänzen (vgl. Faich, G.A. 1996; Garbe, E. u. Müller-Oerlinghausen, B. 1998; Dietrich, E.S. 2002; Hasford, J. et al. 2004).

---

[232] Eine eingehende Analyse der Arzneimittelsicherheit in Europa findet sich in der ‚Berliner Deklaration zur Pharmakovigilanz' vom Januar 2005, in der die in der International Society of Drug Bulletins (ISDB) zusammengeschlossenen unabhängigen Arzneimittelzeitschriften auch konkrete Vorschläge für Verbesserungen vorlegen. Dabei werden Methoden des Marketing der Hersteller genauso kritisiert wie die Leistungen der Überwachungsbehörden oder die Bereitschaft der verschreibenden Ärzte, sich an der Spontanmeldung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen zu beteiligen. Eine besondere Bedeutung sehen die Herausgeber in einer künftigen verstärkten Einbeziehung von Patienten in die Systeme der Pharmakovigilanz (ISDB EU 2005).

Exkurs: Problematik der Bewertung von Analogpräparaten am Beispiel der COX-2-Hemmer

901. Analogpräparate sind Medikamente mit ähnlicher oder gleichartiger Wirkung wie vorhandene Arzneimittel. Der Sachverständigenrat hat bereits in der Vergangenheit auf die Probleme der Bewertung des therapeutischen Nutzens von Analogpräparaten hingewiesen (vgl. Addendum zum Gutachten 2000/2001). In jüngster Zeit hat die Marktrücknahme von Rofecoxib eine erhebliche Aufmerksamkeit auf sich gezogen. Das Beispiel ist geeignet, die differenzierte Problematik dieses Feldes zu veranschaulichen.

902. Die klassischen nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) hemmen mit etwa gleicher Potenz beide bekannten Isoformen der Cyclooygenase, COX 1 und COX 2. Rofecoxib wurde im Jahr 1999 als erster selektiver Cyclooxygenase-2-Hemmer in den Markt eingeführt; Celecoxib folgte in 2000. Beide Substanzen eroberten innerhalb kurzer Zeit hohe Marktanteile. In Studien über drei bis sechs Monate konnte gezeigt werden, dass sie im Vergleich zu herkömmlichen NSAR kaum oder gar nicht zu Magen-Darm-Ulzera führten. Langzeitstudien und Praxisbeobachtungen zeigten jedoch insbesondere für Celecoxib eine den nicht-selektiven NSAR vergleichbare Häufigkeit von Ulkuskomplikationen. Zudem werden die gastrointestinalen Vorteile mit kardiovaskulären Nachteilen erkauft. Rofecoxib wurde im Herbst 2004 vom Hersteller freiwillig vom Markt genommen, als sich im Vergleich mit einem Placebo ein 3,9-fach erhöhtes Risiko für schwere thromboembolische Ereignisse wie Herzinfarkt und Schlaganfall sowie für eine signifikante Blutdruckerhöhung ergab. Ein entsprechend erhöhtes Risiko war zuvor in einer Studie im Vergleich mit einem nicht-selektiven NSAR festgestellt worden, jedoch kam die US-amerikanische Food and Drug Administration (FDA) zu dem Ergebnis, dass der gastrointestinale Vorteil den potenziellen kardiovaskulären Nachteil aufwiege, der in der kardioprotektiven Wirkung des Vergleichspräparates Naproxen begründet schien.

Da davon ausgegangen werden kann, dass sich diese Risikoerhöhung wegen der im Prinzip gleichen Wirkungsweise auch bei anderen Coxiben (Celecoxib, Etoricoxib, Lumiracoxib, Parecoxib, Valdecoxib) manifestieren kann, haben die Europäische Kommission und die nationalen Arzneimittelbehörden in der EU im Februar 2004 die risikobezogenen Informationen für alle Coxibe harmonisiert. Die Europäische Arzneimittelagentur (EMEA) schränkte im März 2005 aus den gleichen Gründen die Anwendung der auf dem Markt befindlichen Coxibe im Rahmen einer vorläufigen Sicherheitsmaßnahme deutlich ein. Ein umfassendes EU-Risikobewertungsverfahren zu den Coxiben wird fortgeführt (BfArM 2005). Coxibe sollen nicht mehr bei Patienten mit einer koronaren Herzkrankheit oder nach einem Schlaganfall angewendet werden. Patienten mit Risikofaktoren für das Auftreten von kardiovaskulären Ereignissen oder einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit sollen nur nach sorgfältiger und individueller Nutzen-Risiko-Abwägung mit Coxiben behandelt werden.

903. Bei der Entscheidung, ob ein COX-2-Hemmer verordnet wird, muss der behandelnde Arzt eine Nutzen-Risiko-Abwägung treffen. Wenn es einen zwingenden Grund für die Verordnung eines entzündungshemmenden Schmerzmittels gibt und andere Schmerzmittel nicht oder nicht ausreichend wirksam sind, dann muss auch das Risiko in Bezug auf Ulzera und sogar ein erhöhtes Risiko für Herzinfarkte in Kauf genommen werden. Andererseits sollten NSAR allgemein nicht zur Behandlung von nicht schwerwiegenden Erkrankungen bzw. Beschwerden (z. B. Schmerzen nach Zahnextraktion, Muskelverspannung etc.) angewandt werden, insbesondere nicht bei Patienten mit Nierenerkrankungen, Bluthochdruck, koronarer Herzkrankheit und Herzinsuffizienz. Entsprechend kritisch muss die Medikation auch bei allen Patienten geprüft werden, die bisher Rofecoxib eingenommen haben. Bei Patienten ohne Magenprobleme und ohne besondere Herzkreislauf-Risiken empfiehlt sich die Umstellung auf ein herkömmliches NSAR, bei bekannter KHK gegebenenfalls die Zugabe von niedrig dosiertem ASS. Bei Patienten mit Magenproblemen und ohne KHK können weiter COX-2-Hemmer angezeigt sein, jedochist auch in diesem Fall wie bei Patienten mit Magenproblemen und KHK eventuell eine ‚klassische' Behandlung mit NSAR in Verbindung mit Protonenpumpeninhibitoren angebracht.

904. Das Beispiel der selektiven COX-2-Hemmer zeigt, dass Analogpräparate bei geringgradigen Unterschieden im pharmakologischen Wirkungsspektrum erhebliche Verschiedenheit im Spektrum der Wirkungen, Nebenwirkungen und Verträglichkeit zeigen können. Man sollte daher die Entwicklung von Analogpräparaten nicht vorschnell als Imitation abwerten. Die Frage der Ursache für eine gesteigerte Thromboseneigung und anderer kardiovaskulärer Effekte durch selektive COX-2-Hemmer ist wichtig. Zur Zeit sieht es so aus, als ob das Verhältnis von COX-1-Hemmung zu COX-2-Hemmung (Selektivität) bei den verschiedenen Analogpräparaten unterschiedlich ist. Wenn ein Präparat noch relativ viel COX-1-Hemmung aufweist, löst es möglicherweise seltener thromboembolische Komplikationen aus als ein Coxib mit stärkerer COX-2-Hemmung. Es dürfte dafür aber auch die für die Einführung dieser Substanzen seinerzeit maßgeblichen Vorteile niedrigerer gastrointestinaler Toxizität nicht aufweisen. Möglicherweise kann eine Senkung des Coxibe-assoziierten Herzinfarktrisikos durch zusätzliche Gabe von 100 mg Acetylsalizylsäure erreicht werden, wie von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft empfohlen (Newsletter 2004-63).

905. Dieses Beispiel verdeutlicht ein Dilemma des verschreibenden Arztes, vor dem er insbesondere bei neu eingeführten Wirkstoffen auf Grund des zunächst bestehenden Informationsdefizits steht, nämlich

– sich entweder dem Vorwurf auszusetzen, eine notwendige und wirksame Behandlung, die mit einem geringeren gastrointestinalen Risiko verbunden ist (evtl. nur bei Patienten mit Ulkus-Anamnese etc.), vorzuenthalten, oder

– Patienten zwar den gastrointestinalen Vorteile zugute kommen zu lassen, sie aber einem erhöhten kardiovaskulären Risiko auszusetzen (evtl. nur bei Patienten mit Herzinfarkt oder Schlaganfall in der Anamnese), oder aber

– diesen Patienten mit erhöhtem Risiko eine zusätzliche Einnahme von ASS zu empfehlen, womit zwar das kardiovaskuläre Risiko gesenkt, aber der gastrointestinale Vorteil der Coxibe zunichte gemacht werden kann.

Es bleibt die nüchterne Erkenntnis, dass die auf den einzelnen Patienten bezogene individuelle Nutzen-Risiko-Bewertung, gestützt auf als gesichert anzunehmende Erkenntnisse, von entscheidender Bedeutung ist. Eine institutionalisierte erweiterte Nutzen-Kosten-Bewertung, wie sie im Rahmen der Einführung einer ‚vierten Hürde' in das (Kassen-) Zulassungsverfahren vorgeschlagen wird, könnte für den verschreibenden Arzt in vergleichbaren Fällen eine große Unterstützung bedeuten. So ist an eine ‚Zulassung auf Zeit' zu denken mit der Auflage, *Effectiveness*-Studien mit klinisch relevanten Endpunkten unter *‚real-life'*-Bedingungen durchzuführen (vgl. Koelz, H.R. u. Michel, B. 2004; Buerkle, M.A. et al. 2004; Eschenhagen, T. 2004).

7.9.6 Nutzen-Kosten-Bewertung im Rahmen einer ‚vierten Hürde'

906. Wie bereits im Zusammenhang mit den Ausführungen zu den grundsätzlichen ‚Rationalisierungsmöglichkeiten in der Arzneimitteltherapie' (siehe Abschitt 7.2.4) dargelegt, bildet die Strukturkomponente und innerhalb dieser Komponente der Intermedikamenteneffekt die entscheidende Determinante für das Wachstum der Arzneimittelausgaben in der GKV. Dabei umfasst dieser Effekt nicht nur die Mehrausgaben von eindeutig Outcome-verbessernden Arzneimittelinnovationen, sondern auch solche zusätzlichen Aufwendungen, die auf eine Medikamentensubstitution durch patentgeschützte Analogpräparate zurückgehen. Analogpräparate verdienen unter Effizienz- und Effektivitätsaspekten allgemein weder eine positive noch eine negative Beurteilung. Sie fördern z. B. den Preiswettbewerb und erhöhen damit die Effizienz der Arzneimitteltherapie, wenn sie im Rahmen des nachstoßenden Wettbewerbs eine preiswertere Alternative zur ursprünglichen Innovation bieten, die möglicherweise erst kurz zuvor Marktreife erlangte. Analogpräparate vermögen auch in speziellen Fällen, z. B. durch eine Reduzierung der unerwünschten Wirkungen oder eine patientengerechtere Darreichungsform, die Effektivität der Arzneimitteltherapie zu steigern. Sofern sie jedoch keinen größeren therapeutischen Nutzen stiften als vergleichbare, deutlich preiswertere Medikamente, stellen sie einen Ansatzpunkt zur Schöpfung von Effizienzreserven dar.

Eine sachgerechte, vergleichende Bewertung von Analogpräparaten muss deshalb am jeweiligen Einzelfall ansetzen. Dabei macht es z. B. einen erheblichen Unterschied, ob sich das betreffende Analogpräparat im Wettbewerb mit

– der noch patentgeschützten ursprünglichen Innovation,

– anderen patentgeschützten vorher oder nachher eingeführten Analogpräparaten,

– dem Originalpräparat der ursprünglichen Innovation und seinen Generika

– den Generika von anderen Analogpräparaten oder

– den eigenen Generika

befindet (vgl. Schwabe, U. 2001). In diesem Kontext zielt die ‚vierte Hürde' darauf ab, die therapeutische Wirksamkeit von – vorwiegend patentgeschützten – Arzneimitteln zu bewerten, diese mit den entsprechenden Effekten der am Markt befindlichen Alternativen zu vergleichen und die jeweiligen Nutzendifferenzen bei der Erstattungshöhe dieses Medikaments durch die GKV in Ansatz zu bringen (siehe hierzu die Beiträge in Lauterbach, K.W. u. Vollmer, T. 2002).

907. Wie der Begriff ‚vierte Hürde' andeutet, tritt diese zu den drei Zulassungshürden hinzu, d. h. es erfolgt bei einem Arzneimittel neben der Überprüfung der

– pharmazeutischen Qualität,

– Wirksamkeit und

– Unbedenklichkeit nun noch eine Analyse der

– Kosten-Effektivität.

Die ‚vierte Hürde' stellt keine Voraussetzung für die Arzneimittelzulassung dar und regelt somit nicht den Marktzugang, für den weiterhin eine Überwindung der ersten drei Hürden ausreicht. Die Analyse der Kosten-Effektivität eines Arzneimittels dient im Rahmen der GKV als Informationsgrundlage für die Festlegung des Erstattungsbetrages, der sich an der Nutzen-Kosten-Differenz eines Medikamentes im Vergleich zu seinen therapeutischen Alternativen orientiert.

Der Rat hat bereits in seinem Addendum zum Jahresgutachten 2000/2001 eine solche Nutzen-Kosten-Analyse von pharmakologischen Neuerungen befürwortet bzw. gefordert. Ein solches Verfahren kann aber auch bei sich bereits im Markt befindlichen Arzneimitteln eine

wertvolle Entscheidungshilfe zur Verbesserung der Pharmakotherapie leisten. Hier bieten sich für eine solche Untersuchung vor allem Medikamente mit umstrittenem therapeutischem Nutzen und Präparate an, die hochpreisig in großen Indikationsbereichen zum Einsatz gelangen. Die ‚vierte Hürde' verfolgt jedoch nicht das Ziel einer Minimierung der Arzneimittelausgaben in der GKV um jeden Preis. Sie darf kein Alibi bilden, um Versicherte bzw. Patienten der GKV von der Teilhabe am pharmakologischen Fortschritt unter einseitigen Kostenaspekten auszuschließen.

Die Erfahrungen aus Australien, Kanada und Großbritannien, wo eine Nutzen- bzw. Nutzen-Kosten-Bewertung bereits existiert, deuten darauf hin, dass das Ziel der Ausgabensenkung nicht dominiert. So führten die Leitlinien des britischen National Institute for Clinical Excellence (NICE) seit seiner Gründung 2000 zu jährlichen Mehrausgaben von 575 Mio. £, da der Einsatz neuer Technologien und Medikamente in der Regel voll oder zumindest eingeschränkt empfohlen wurde (Mayor, S. 2002). Die britischen Arzneimittelausgaben stiegen 2001 um elf und 2002 um neun Prozentpunkte (IMS Health 2002, 2003). Gleichwohl geht die Einführung einer ‚vierten Hürde' häufig mit bürokratischen Hemmnissen einher. So müssen beispielsweise in Ontario Ärzte die Verordnung eines nicht gelisteten Arzneimittels von den Behörden genehmigen lassen. Im Jahr 2001 gab es nahezu 80 000 solcher Anfragen, die in 70 % der Fälle auch positiv beschieden wurden (vgl. HealthEcon AG 2003). Dies deutet darauf hin, dass der praktischen Umsetzung einer Nutzen-Kosten-Bewertung und ihrer Berücksichtigung durch den einzelnen Arzt bei der Verordnung eine große Bedeutung zukommt. Das eigentliche Ziel einer ‚vierten Hürde', nämlich eine kosteneffektive und qualitativ hochwertige Pharmakotherapie zu ermöglichen, bleibt davon unberührt.

908. Entgegen mancher Befürchtungen und Fehlinterpretationen bildet die ‚vierte Hürde' bei adäquater Ausgestaltung kein marktinkonformes Instrument einer dirigistischen Gesundheitspolitik. Eine solche Interpretation übersieht, dass auf dem Arzneimittelmarkt, insoweit die Produkte einer weitgehenden Vollversicherung unterliegen, die ordnungspolitischen Voraussetzungen für einen funktionsfähigen Markt- und Preismechanismus fehlen. Da weder der verschreibende Arzt als faktischer Nachfrager noch der Patient als Konsument ein Entgelt für das von der Krankenkasse finanzierte Arzneimittel zahlen – und auch im Falle einer Kostenerstattung nicht die ökonomische Inzidenz tragen –, sehen sich die Beteiligten nicht gezwungen, ihre individuelle Zahlungsbereitschaft für ein solches Medikament zu offenbaren. Auf der Nachfrageseite entfällt damit die Notwendigkeit, über die eigene Zahlungsbereitschaft den Nutzen eines Arzneimittels zu bewerten und diesen den Kosten, d. h. dem damit einhergehenden Nutzenentgang in einer alternativen Verwendung, gegenüberzustellen (vgl. Wille, E. 2002). Diese Abwägung von Nutzen und Kosten eines Produktes seitens des Nachfragers stellt aber ein wesentliches Element marktwirtschaftlicher Koordination dar. Die ‚vierte Hürde' kann hier die Aufgabe wahrnehmen, diese fehlende Bewertung auf der Nachfrageseite durchzuführen und den therapeutischen Nutzen von bestimmten Arzneimitteln abzuschätzen und diese Information als Grundlage für die Erstattung durch die GKV zu verwenden. In ähnlicher Weise evaluieren bereits einige Länder, wie z. B. Großbritannien und die Niederlande, unter therapeutischen und ökonomischen Aspekten den Nutzen von vorwiegend neuen, teuren Arzneimitteln (vgl. ÖBIG 2001).

909. Die ‚vierte Hürde' könnte vor allem zur besseren Erfüllung folgender, konkreter Funktionen beitragen:

– im Rahmen der Arzneimitteltherapie den Fokus stärker auf die Outcome-Dimension lenken,

– im Hinblick auf das Nutzen-Kosten-Verhältnis von vorwiegend patentgeschützten Wirkstoffen die Informationsbasis von Ärzten und Patienten verbessern,

– durch Substitutionen oder Preissenkungen von bzw. bei Medikamenten mit vergleichsweise ungünstiger Nutzen-Kosten-Relation Finanzierungsspielräume für den Abbau von Unterversorgung und für neue effektive Arzneimittelinnovationen gewinnen sowie

– verstärkte finanzielle Anreize für Arzneimittelinnovationen setzen, die nach objektivierten Kriterien einen eindeutig höheren Nutzen stiften als bisher im Markt befindliche Präparate.

Um den Betroffenen, d. h. den pharmazeutischen Unternehmen, den Krankenkassen und auch den Versicherten bzw. Patienten eine verlässliche Planungsgrundlage zu geben, sollte die Nutzen-Kosten-Bewertung im Rahmen der ‚vierten Hürde' nach eindeutigen Kriterien und in einem transparenten Verfahren erfolgen sowie auch Anhörungsrechte der betroffenen Gruppen vorsehen. Sie kann so die Attraktivität des Forschungsstandorts Deutschland erhöhen und zu mehr therapeutisch relevanten Innovationen führen. Unternehmen, deren Produkte die ‚vierte Hürde' der Zulassung zum GKV-Markt überwinden, bietet sich der Vorteil, vor dem Wettbewerb mit patentgeschützten Analogpräparaten, die keinen oder einen nur marginalen therapeutischen Nutzen stiften, geschützt zu sein.

910. In Weiterentwicklung des im Addendum zum Jahresgutachten 2000/2001 vorgestellten Bewertungsverfahrens empfiehlt sich ein zweistufiges Verfahren, das die medizinisch-pharmakologische Nutzenbewertung inhaltlich und organisatorisch von den ökonomischen Aspekten einer angemessenen Erstattung trennt. Ein solches Vorgehen vermag den – nicht ganz unberechtigten – Befürchtungen zu begegnen, schon die Nutzenbewertung stehe unter dem ökonomischen Primat und richte sich teilweise nach der jeweiligen finanziellen Lage der Krankenkassen. Eine Abhängigkeit der Nutzenbewertung von den jeweiligen ökonomischen Verhältnissen würde nicht nur die Betroffenen verunsichern und damit

eine langfristig ausgerichtete Investitionspolitik verhindern, sondern auch in intertemporaler Hinsicht zu ungerechten Entscheidungen führen, unter denen dann nicht nur die betroffenen Unternehmen, sondern auch die betreffenden Patienten leiden. Ein zweistufiges Verfahren, das in strikter Trennung die medizinisch-pharmakologische Nutzenbewertung der ökonomischen Entscheidung über die adäquate Erstattungsgrenze vorschaltet, erscheint zur Absicherung möglichst objektiver, d. h. sachlich und zeitlich transitiver, Bewertungen und Entscheidungen am ehesten geeignet (vgl. Wille, E. 2002 und ähnlich Schneeweiss, S. 2001).

911. Den ersten Teilschritt der ‚vierten Hürde' bildet dann die medizinisch-pharmakologische Bewertung des Nutzens eines Arzneimittels im Vergleich zu seinen therapeutischen Alternativen. Dabei geht es z. B. um den differenziellen Nutzen einer patentgeschützten Arzneimittelinnovation im Vergleich zur bestehenden Standardtherapie bzw. zur besten existierenden therapeutischen Alternative unter Einschluss nichtmedikamentöser Verfahren. Diese Bewertung sieht sich – ähnlich wie die anschließende ökonomische – teilweise mit dem Problem konfrontiert, auch Aspekte in die Betrachtung einzubeziehen, die über das Medikament als solches hinaus in den Bereich der ambulanten oder stationären Behandlung hineinragen. Das Arzneimittel stellt in Verbindung mit der ambulanten und stationären Behandlung zwar überwiegend ein komplementäres Produktionsmittel gesundheitlicher Leistungserstellung, teilweise aber auch ein substitutives Instrument dar. Als Bewertungsinstanz kommt nur ein sachkundiges Gremium von unabhängigen epidemiologischen, medizinischen und pharmakologischen Experten in Frage. Kein Mitglied dieses Gremiums darf mit irgendeiner Institution im Gesundheitswesen, d. h. weder mit der pharmazeutischen oder medizintechnischen Industrie noch mit anderen Leistungsanbietern oder den Krankenkassen, in irgendeiner aktuellen finanziellen Beziehung stehen[233] (siehe Exkurs zur unabhängigen Politikberatung).

[233] Die Einbeziehung von Patientenvertretern in ein solches Gremium bleibt zu prüfen.

Exkurs: Unabhängigkeit der wissenschaftlichen Politikberatung

912. Aussagen von Wissenschaftlern werden mit einem vergleichsweise hohen Eigen- und Fremdanspruch an deren Richtigkeit gemacht und entgegengenommen. Wissenschaftliche Ergebnisse sind aber in ihrer Richtigkeit a priori eingeschränkt

- vom Erkenntnisinteresse,
- in Abhängigkeit von der Wahl der Methodik (Erkenntnistheorie),
- durch die Begrenztheit des Untersuchungsgegenstandes und
- durch die im Einzelfall zu prüfende
- Qualität der methodischen Durchführung der jeweiligen Untersuchung,
- Validität der Ergebnisse sowie
- Angemessenheit der Interpretation.

Es muss damit gerechnet werden, dass auch Wissenschaftler nicht losgelöst von Eigeninteressen (z. B. Reputationsgewinn) handeln. Insofern sind sie kaum jemals ganz frei vom Einfluss bewusster und unbewusster Interessen. Eine Tendenz zu menschlicher Schwäche, sei es zum persönlichen Vorteil oder zum Vorteil des eigenen Fachgebietes, ist verständlich. Die Erfahrung in der wissenschaftlichen Politikberatung zeigt, dass es eine Beratung, die völlig frei von Interessenkollisionen ist, nicht geben kann. Daraus folgt, dass die Offenlegung aller Verbindungen obligatorisch werden muss (Transparenz). Der andere Schutzmechanismus ist in der Kontrolle durch die ‚*scientific community*' zu sehen.

Die Aufgabe einer Qualitätssicherung der wissenschaftlichen Beratung besteht neben der Herstellung von Transparenz in der Prüfung, ob

- wirklich alle Evidenz berücksichtigt wurde,
- bei der Beurteilung der Qualität der berücksichtigten Evidenz manipuliert wurde,
- Ergebnisse, die in eine ‚unerwünschte Richtung' deuten, systematisch weggelassen wurden und
- über den Bereich des tatsächlichen Untersuchungsgegenstandes weit hinausgehende Aussagen gemacht werden.

913. Die differenzielle Bewertung des (Netto-)Nutzens eines Arzneimittels kann im Rahmen der ‚vierten Hürde' nur nach objektivierten Kriterien erfolgen und dabei zwangsläufig nicht den Präferenzen bzw. der subjektiven Einschätzung eines jeden Betroffenen Rechnung tragen. Wenn medizinisch-pharmakologische Experten den differenziellen (Mehr-)Nutzen einer Arzneimittelinnovation als geringfügig bzw. vernachlässigbar einstufen, schließt dies nicht aus, dass bestimmte Patienten diesen gleichwohl für relevant erachten. In diesem Kontext bedarf es jedoch für die Abschätzung des differenziellen Nutzens eines Arzneimittels keiner kardinalen Messung, für die mit der ‚vierten Hürde' verfolgten Zwecke reicht eine ordinale Skala mit vier bis fünf Bewertungskategorien aus. In Analogie zur Einstufung der neuen patentgeschützten Arzneimittel im ‚Arzneiverordnungs-Report' geht es im Prinzip darum zu ermitteln, ob das betreffende Arzneimittel im Vergleich zur bestehenden Standardtherapie, d. h. zur besten existierenden therapeutischen Alternative, einen geringeren, den gleichen, einen geringfügig verbesserten, einen spürbar höheren oder einen erheblich höheren therapeutischen Nutzen aufweist.

In diesem Kontext können u. a. folgende Prüfkriterien für die Nutzenbewertung therapeutischer Innovationen zur Anwendung kommen (vgl. Glaeske, G. 2003, 2004):

1. Das Mittel ist der erste Vertreter einer neuen Klasse von Arzneimitteln. Eine medizinisch nützliche Behandlung in einem klinischen relevanten Bereich einer Krankheit, für den bislang keine therapeutische Option verfügbar war, wird durchführbar.

2. Das Mittel bietet eine Verbesserung in der Behandlung gegenüber den bisher verfügbaren Mitteln bezüglich klinisch relevanter Endpunkte an. Der erforderliche Zusatzeffekt könnte in Abhängigkeit von der Indikation festgelegt werden. Wenn bisher bei lebensbedrohlichen Erkrankungen noch keine Arzneimittel verfügbar waren, nun aber mit einem Mittel eine gewisse Reduzierung der Mortalität wahrscheinlich wird, gewinnen auch kleine Verbesserungen im Outcome an Gewicht.

3. Das Mittel zeigt eine überlegene Wirksamkeit gegenüber den bisher angebotenen Mitteln in Studien an (z. B. > 30%, auch hier gilt die Überlegung aus 2.), die für einen Vergleich bzw. Nachweis des therapeutischen Fortschritts geeignet sind (siehe oben).

4. Mit dem Mittel können besser als bisher mögliche Komplikationen oder Folgen einer Erkrankung behandelt werden.

5. Das Mittel bietet eine Verbesserung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses (Verminderung von unerwünschten Wirkungen). Hierzu gehören auch Vorteile bezüglich der Compliance, die mit dem neuen Mittel einhergehen.

6. Das Mittel bietet im Sinne der Kosteneffektivität eine positiv zu beurteilende Kosten-Nutzen-Relation gegenüber den bisher angebotenen Mitteln oder sonstigen medizinischen Interventionen (z. B. operative Verfahren). Diese substantielle Prüfung folgt der Strategie, mit Arzneimitteln und nicht an Arzneimitteln zu sparen, wenn sie ihren Zusatznutzen unter Beweis stellen können.

7. Das Mittel führt zu einer veränderten Empfehlung in evidenzbasierten Leitlinien oder Therapieempfehlungen, vor allem mit Blick auf die Verringerung der Verschreibung von weniger gut verträglichen und weniger kosteneffektiven Mitteln.

914. Die medizinisch-pharmakologische Bewertung des differenziellen therapeutischen Nutzens eines Arzneimittels bildet die Informationsgrundlage für die anschließende Festlegung des Erstattungsbetrages durch die GKV, d. h. für den zweiten Teilschritt im Rahmen der ‚vierten Hürde'. Um eine hinreichende Rechtssicherheit zu gewährleisten, kommt für diese Entscheidung nur ein entsprechend legitimiertes Gremium in Frage. Da es sich bei diesem Erstattungsbetrag im Sinne einer oberen Preisgrenze letztlich um einen Festbetrag handelt, kann das Verfahren hier analog erfolgen. Obgleich die Festsetzung der Erstattungsgrenze auch das Ziel verfolgt, dass die Unternehmen keine höheren Preise veranschlagen bzw. diese entsprechend absenken, verbleibt den Unternehmen das Recht bzw. die Möglichkeit einer freien Preisbildung. Sofern sie die Erstattungsgrenze nicht als ein äquivalentes Entgelt für ihr Produkt akzeptieren, besitzen sie die legitime Freiheit, einen höheren Preis zu fordern. Dies unterscheidet das Instrument der Festbeträge von einer staatlichen Preisfixierung. Sofern ein Patient ein solches Arzneimittel, dessen Preis die Erstattungsgrenze überschreitet, gleichwohl wünscht, fällt für ihn eine Zuzahlung der jeweiligen Differenz an. Inwieweit Patienten Arzneimittel mit einem Preis oberhalb der Erstattungsgrenze nachfragen, hängt von ihrer individuellen Zahlungsbereitschaft für das jeweilige Medikament ab. In der Vergangenheit geschah dies relativ selten, so dass die Unternehmen, die einen Preis oberhalb der Festbeträge riskierten, erhebliche Umsatzverluste hinnehmen mussten und sich alsbald gezwungen sahen, ihren Preis auf den Festbetrag abzusenken.[234]

915. Der entscheidende Unterschied zwischen den bisherigen Festbeträgen und der Erstattungsgrenze im Rahmen der ‚vierten Hürde' besteht neben der Tatsache, dass bei Festbeträgen nur Arzneimittelvergleiche, bei der ‚vierten Hürde' aber auch nichtmedikamentöse Therapiealternativen einbezogen werden darin, dass es bisher primär um Generika und Originalpräparate mit abgelaufenem Patentschutz ging, während nun vorwiegend neue patentgeschützte Arzneimittel einer limitierten Erstattung unterliegen würden. Bei adäquatem Einsatz der ‚vierten Hürde' besteht jedoch keine Gefahr, dass die Patienten künftig nicht mehr oder nur noch vermindert am medizinischen Fortschritt teilhaben. Sofern ein Analogpräparat

[234] Dies könnte sich allerdings ändern, wenn die Krankenkassen in Kooperation mit privaten Krankenversicherungen ihren Versicherten Zusatzverträge anbieten, die z. B. neben den Ausgaben für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel auch diese Preisdifferenzen abdecken.

keinen oder einen vernachlässigbaren therapeutischen Zusatznutzen aufweist, erscheint es sowohl medizinisch als auch im Sinne des Wirtschaftlichkeitsprinzips vertretbar, den Patienten nur die bisherige Standardtherapie ohne spezielle Zuzahlung zu gewähren. Bei Arzneimitteln, die einen spürbar höheren oder einen erheblich höheren therapeutischen Nutzen stiften, scheidet eine Erstattungsgrenze schon deshalb aus, weil ein Teil der Patienten, die diese Arzneimittel benötigen, nicht die Zuzahlungsfähigkeit besitzt, die Differenz zwischen Preis und Erstattungsgrenze zu tragen. Für diese innovativen Arzneimittel, für die es keine gleichwertigen therapeutischen Alternativen gibt, erstattet die Krankenkasse weiterhin den vom Hersteller geforderten Preis. Probleme bei der Festsetzung der Erstattungsgrenze dürften jene Arzneimittel aufwerfen, die einen signifikanten, aber nur geringfügigen differenziellen Nutzen stiften, der möglicherweise auch nur in Teilbereichen ihres Indikationsspektrums anfällt. In solchen Fällen bietet es sich an, die Erstattungsgrenze auch nur geringfügig oberhalb des bestehenden Festbetrages für die Standardtherapie zu setzen, oder die volle Erstattung dieses Medikamentes über Arzneimittelrichtlinien indikationsspezifisch einzuschränken.

916. Wie bereits mehrfach betont, interessiert bei der Bewertung des therapeutischen Nutzens eines Arzneimittels nicht nur dessen Wirksamkeit unter klinischen Idealbedingungen (*efficacy*), sondern auch – und vielfach sogar primär – unter den Alltagsbedingungen ambulanter, hausärztlicher Versorgung (*effectiveness*). Gleichwohl besteht bei einem neu zugelassenen patentgeschützten Arzneimittel zunächst keine andere Möglichkeit, als dessen therapeutische Wirksamkeit auf der Grundlage der zu diesem Zeitpunkt vorliegenden klinischen Studien zu bewerten.[235] Da bei der Zulassung und Patenterteilung eines Wirkstoffes aber noch keine validen Informationen über den differenziellen therapeutischen Nutzen dieses Medikamentes unter den Bedingungen in der alltäglichen ärztlichen Praxis vorliegen, bedürfen im Rahmen der ‚vierten Hürde' beide Teilschritte im Sinne eines Controlling einer entsprechenden Begleitforschung, die vor allem zwischenzeitlich anfallende relevante Informationen berücksichtigt. Sofern bei einem Arzneimittel, das auf der Grundlage klinischer Studien einen relevanten differenziellen (Mehr-)Nutzen verspricht, Zweifel an dessen Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen existieren, bietet sich für seine Erstattung ohne Begrenzung eine zeitlich limitierte Zulassung in der GKV an. Der Hersteller erhält dann die Auflage, den in klinischen Studien aufgezeigten therapeutischen Nutzen seines Medikamentes innerhalb eines bestimmten Zeitraums auch durch eine begleitende Versorgungsforschung nachzuweisen. Bei positiver Nutzenbewertung könnte, sofern mit europäischem Wettbewerbsrecht konform, eine Verlängerung der Patentschutzfristen erfolgen, da der Hersteller zusätzliche Studienzeiten finanzieren müsste.[236]

Sofern eine positive Nutzenbewertung nicht oder nur teilweise gelingt, gilt es zunächst, die Gründe für die unterbliebene Wirksamkeit zu evaluieren. Je nach Ursache kann dies u. a. zu folgenden Konsequenzen führen:

- Schulung der verordnenden Ärzte,
- Maßnahmen zur Verbesserung der Compliance der Patienten,
- Beschränkung der vollen Erstattung des Arzneimittels auf bestimmte Indikationen oder auch auf die Verschreibung durch bestimmte Arztgruppen bzw. Ärzte,
- Festsetzung einer generellen Erstattungsgrenze sowie
- Einbeziehung in eine schon existierende Festbetragsgruppe.

917. Zu den methodischen Anforderungen an Studien zur *‚efficacy'* bzw. *‚effectiveness'* gehören:

- der Bezug auf relevante klinische Endpunkte (d. h. beispielsweise nicht nur Nachweis der Blutdrucksenkung, sondern auch des Rückgangs der hypertonieassoziierten Morbidität und Mortalität sowie der Gesamtmortalität),
- die Vergleichbarkeit von Studien- und Zielpopulation,
- das Testen gegen die vorhandenen therapeutischen Alternativen in korrekter Dosierung und
- statistische Auswertung mit *‚intention to treat'* Analyse.

Die derzeit zur Zulassung vorgeschriebenen *efficacy*-Studien beschreiben die Effekte an der Gruppe von Probanden, die die Präparate exakt wie empfohlen auch tatsächlich eingenommen haben. Sie lassen aber keine Aussagen zu, welche Auswirkungen das Medikament beim Praxiseinsatz unter den verschiedenen Einflussfaktoren auf Verordnungsverhalten des Arztes und Compliance des Patienten haben wird. Eine Auswertung mit einer *‚intention to treat'* Analyse bewertet das Arzneimittel unabhängig davon, ob die Probanden das ihnen aufgrund der Randomisierung verordnete Medikament überhaupt regelgerecht einnehmen, und lässt so eine realistischere Aussage über die Effektivität von Arzneimitteln zu, wenn z. B. ausgeprägte unerwünschte Wirkungen zu häufigen Therapieabbrüchen führen (Erektionsstörungen bei Blutdrucksenkern, Blähungen beim Antidiabetikum Acarbose). Eine *‚intention to treat'* Analyse stellt demnach eine notwendige, die *‚number needed to treat'* Analyse (wie viele Probanden müssen statistisch behandelt werden, damit einer geheilt wird) eine hinreichende Bedingung von *Effectiveness*-Studien dar (vgl. Hallis, S. u. Campbell, F. 1999). Die häufig zur besseren Produktvermarktung durchgeführten *‚non inferiority'* bzw. Äquivalenzstudien erfüllen diese Anforderungen in der Regel nicht.

[235] Es würde die Arbeit der zuständigen Gremien erleichtern, wenn die Herstellerstudien zur *‚efficacy'* nach einheitlichen Kriterien erfolgen würden. Entsprechende Rahmenvorgaben könnten vorab durch diese Gremien festgelegt werden.

[236] Eine solche Verlängerung der Patentlaufzeit wird zur Zeit auf europäischer Ebene diskutiert, um Herstellern Anreize für die Erprobung von Arzneimitteln für Kinder zu setzen.

918. Die derzeitige gesetzliche Regelung entspricht nur rudimentär den oben dargelegten Prinzipien und Kriterien einer ‚vierten Hürde'. § 35 Abs. 1a SGB V sieht auch für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen die Festsetzung eines Festbetrages für eine Gruppe mit mindestens drei Arzneimitteln vor. Diese Gruppenbildung schließt nach § 35 Abs. 1 und Abs. 1a SGB V solche Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen aus, „die eine therapeutische Verbesserung, auch wegen geringerer Nebenwirkungen, bedeuten". Die inhaltliche Konkretisierung der unbestimmten Rechtsbegriffe ‚therapeutische Verbesserung' und ‚geringere Nebenwirkungen' obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss (vgl. Kaesbach, W. 2004). Der Gemeinsame Bundesausschuss sieht sich derzeit mit der politischen Vorgabe konfrontiert, über die Festbetragsbildung mit patentgeschützten Arzneimitteln bzw. Analogpräparaten ca. 1 Mrd. € einzusparen (so auch der Vorsitzende dieses Gremiums in der FAZ von 21. Dezember 2004). Diese angestrebte Einsparvorgabe entspricht in etwa dem Rückgang des 16%igen Rabatts, den die Hersteller den Krankenkassen bis Ende des Jahres 2004 gewährten und der seit 1. Januar 2005 wieder bei 6 % liegt. Unabhängig von der Qualität der einzelnen, nun anstehenden Entscheidungen dieses Ausschusses besteht damit die Gefahr, dass von Beginn an fiskalische Aspekte mit in die Bildung der Festbetragsgruppen und damit implizit auch in Bewertungen des differenziellen Nutzens sowie des Nutzen-Kosten-Verhältnisses von patentgeschützten Arzneimitteln eingehen. Diese Einsparvorgabe, die z. B. bei den Analysen von NICE in keiner Weise existiert, bildet keine geeignete Grundlage für eine von fiskalischen Zwängen losgelöste objektivierte Beurteilung des differenziellen Nutzens von patentgeschützten Arzneimitteln.

Die derzeitige Regelung stellt auch insofern keine geeignete Entscheidungsgrundlage für die längerfristigen Investitionen der pharmazeutischen Industrie dar, als sie in Zweifelsfällen im Sinne einer 0/1-Lösung nur eine Einbeziehung in eine Festbetragsgruppe oder die volle Erstattung des vom Hersteller geforderten Preises vorsieht. Die inhaltliche Ausfüllung der unbestimmten Rechtsbegriffe ‚therapeutische Verbesserung' und ‚geringere Nebenwirkungen' legt dagegen im Rahmen einer ‚vierten Hürde' auch Zwischenlösungen als sinnvolle Entscheidungen nahe. Sofern es sich bei einem neuen, patentgeschützten Arzneimittel um eine zwar signifikante, aber nur geringfügige therapeutische Verbesserung und/oder Abschwächung der unerwünschten Wirkungen handelt, würde die Einbeziehung in eine Festbetragsgruppe dieser (leichten) Schrittinnovation nicht gerecht und die Anreize für diese Innovationsart vermindern. Die volle Erstattung des vom Hersteller geforderten Preises ginge dagegen vielfach mit einem gesamtwirtschaftlich inakzeptablen Nutzen-Kosten-Verhältnis einher. Ein ähnliches Problem stellt sich, wenn ein Arzneimittel in einer bestimmten Indikation gegenüber seinen therapeutischen Alternativen einen signifikanten Mehrnutzen aufweist, in anderen Indikationsbereichen dagegen keinen höheren Nutzen stiftet. Auch für diesen Fall besitzt die derzeitige Regelung schon konzeptionell keine geeignete Lösung.

919. Im Rahmen des oben skizzierten Konzeptes einer ‚vierten Hürde' kämen in solchen Fällen u. a. folgende Lösungsmöglichkeiten in Frage:

- Die Feststellung einer Erstattungsgrenze, die in Abhängigkeit vom Mehrnutzen oberhalb des Festbetrages der benachbarten Gruppe liegt. Diese Erstattungsgrenze entspricht dann materiell einem spezifischen, auf ein Medikament zugeschnittenen Festbetrag.
- Für die Indikationen, in denen das Arzneimittel keinen differenziellen Nutzen erzeugt, gilt der Festbetrag der Gruppe, in den Indikationen, in denen das Medikament einen signifikanten, aber nur begrenzten Mehrnutzen aufweist, eine etwas höhere Erstattungsgrenze.
- Sofern ein Arzneimittel in einem oder bestimmten Indikationsbereich(en) einen spürbaren, in anderen aber keinen differenziellen Mehrnutzen stiftet, kann einerseits eine volle Erstattung des vom Hersteller veranschlagten Preises und andererseits die Einbeziehung in eine Festbetragsgruppe in Frage kommen.
- Zudem besteht die Option, die volle Erstattung des Preises oder eine Erstattungsgrenze, die über dem Festbetrag der benachbarten Gruppe liegt, an die Verschreibung durch besonders qualifizierte Ärzte(-Gruppen) zu knüpfen. Sofern sich der Patient das Medikament von einem anderen Arzt verschreiben lässt, erhält er dann nur den Festbetrag erstattet.

Diese (Zwischen-) Lösungen verursachen – vor allem bei indikationsspezifischen Differenzierungen – im Vergleich zum Status quo zweifellos einen gewissen organisatorischen Mehraufwand, der aber angesichts der bestehenden und angestrebten informationstechnischen Möglichkeiten, wie z. B. der elektronischen Gesundheitskarte, und Diagnosetransparenz auch auf Kassenseite beherrschbar bleiben sollte. Sodann steht nach den bisherigen Erfahrungen zu erwarten, dass im Falle einer spezifischen Erstattungsgrenze die Hersteller ihre Preise überwiegend auf dieses Niveau festlegen, d. h. gegebenenfalls absenken. Im Zuge von Vertragsverhandlungen ist ohnehin eine differenzierte Preisgestaltung mit Verhandlungspreisen unterhalb der Festbeträge zu erwarten.

920. Wie bereits oben im Zusammenhang mit den Ausführungen über „Anforderungen an die Wirtschaftlichkeit" (Kapitel 7.5.3) erwähnt, überträgt der Gesetzgeber in § 139a Abs. 3 SGB V die Aufgabe einer „Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln" dem neu geschaffenen Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Diesem Institut fällt aber nicht automatisch die Aufgabe zu, den differenziellen Nutzen von neuen patentgeschützten Arzneimitteln zu bewerten, es bedarf hier vielmehr einer Beauftragung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss, der auch als Träger des Instituts fungiert. Obwohl es sich hier um ein unabhängiges wissenschaftliches Institut handelt, hängt sein konkretes Aufgabengebiet im Bereich der Arzneimittelbewertung von jener Institution ab, welche die Festbetragsgruppen bildet und damit implizit darüber entscheidet, ob im Falle eines speziellen Arzneimittels eine „therapeutische Verbesserung" und/oder „geringere Nebenwirkungen" vorliegen.

Es besteht insofern die Gefahr, dass das Institut nur sehr selektiv solche Aufträge erhält und mehr oder weniger in die Rolle eines abhängigen Erfüllungsgehilfen gerät. Bei aller Achtung vor den schwierigen Aufgaben, mit denen sich der Gemeinsame Bundesausschuss konfrontiert sieht, sind seine stimmberechtigten Mitglieder, d. h. die Vertreter der Krankenkassen und der Ärzteschaft, auch nicht frei von gruppenspezifischen Interessen.

Im Sinne des oben skizzierten Konzeptes einer ‚vierten Hürde' könnte das mit der Nutzenbewertung beauftragte Institut, sofern die Kosten bzw. Preisvorstellungen des Herstellers bereits vorliegen, auch Nutzen-Kosten-Analysen für die betreffenden Arzneimittel erstellen. Diese Analysen bilden dann ähnlich wie die isolierte Nutzenbewertung die Informationsbasis für die Entscheidungen über die Erstattungsgrenze im Rahmen des zweiten Teilschrittes. Ob das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen die Kompetenz besitzt, Nutzen-Kosten-Analysen zu erstellen – oder vielleicht sogar erstellen soll – lässt der Gesetzestext offen. Dagegen spricht, dass der Gesetzestext bei Arzneimitteln explizit nur die Bewertung des Nutzens anführt. Andererseits soll das Institut nach § 139a Abs. 3 SGB V „wissenschaftliche Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen" erstellen. Aussagen über die Wirtschaftlichkeit erfordern aber zwingend die Berücksichtigung bzw. Einbeziehung der Kostenseite. Diese Unklarheit spricht ebenfalls dafür, die Arzneimittelbewertung und die darauf abbauende Festlegung der Erstattung einer Reform zu unterziehen.

Exkurs: Kursorischer Überblick zur Versorgungssituation bei Herzkreislauferkrankungen in Deutschland

921. Diagnose und Therapie kardiovaskulärer Erkrankungen haben in den letzten Jahren enorme Fortschritte gemacht, wie z. B. auf dem Gebiet der nicht-invasiven Diagnostik der koronaren Herzerkrankung durch die Mehrzeilen-Computertomografie oder durch die Einführung von neuen Bluttests zur Diagnose und Therapieführung bei Herzinsuffizienz (*brain natriuretic peptide*, BNP). Therapien zur Behandlung der arteriellen Hypertonie und der Herzinsuffizienz mit AT1-Rezeptorantagonisten, die Behandlung der fortgeschrittenen Herzinsuffizienz mit Elektrotherapien (implantierbare Defibrillatoren und biventrikuläre Schrittmachersysteme) oder die interventionelle Behandlung der koronaren Herzerkrankung mittels beschichteter Stents stellen Innovationen aus dem Bereich der kardiovaskulären Therapie dar.

Arterielle Hypertonie

922. Die arterielle Hypertonie ist ein wesentlicher Risikofaktor für die Entwicklung der koronaren Herzerkrankung, der Herzinsuffizienz, des Schlaganfalls und der Niereninsuffizienz. Unter präventivmedizinischen Gesichtspunkten sind die Verhinderung der Entstehung und die ausreichende Behandlung der arteriellen Hypertonie von außerordentlicher Bedeutung (Gutachten 2000/2001, Band III.2, Kapitel 8.3.3.2).

Überversorgung

923. Die ausreichende Blutdrucksenkung ist das primäre Therapieziel in der Behandlung der arteriellen Hypertonie; zum Erreichen dieses Zieles steht eine Vielzahl von Medikamentenklassen zur Verfügung. Die Hochdruckliga empfiehlt zur Behandlung ein sogenanntes Stufenschema, das in den letzten drei Jahren in zweierlei Hinsicht wesentlich verändert wurde: die Empfehlung einer primären Kombinationstherapie sowie die Möglichkeit einer initialen Therapie mit AT1-Rezeptorantagonisten. Die zweite Empfehlung basiert auf neuen Studien, die die Überlegenheit dieser Klasse gegenüber anderen Medikamentenklassen dokumentieren sollen. Wenngleich für die AT1-Rezeptorantagonisten in einzelnen Studien eine Überlegenheit gegenüber einer Alternativtherapie dokumentiert wurde (z. B. LIFE: Losartan vs. Atenolol; vgl. Dahlof, B. et al. 2002), konnte diese gegenüber ACE-Hemmern als preiswerter und ähnlich

wirksamer Standardtherapie bislang nicht nachgewiesen werden. In der kürzlich veröffentlichten VALUE Studie (Julius, S. et al. 2004) konnte für den AT1-Rezeptorantagonisten Valsartan auch gegenüber dem Calcium-Antagonisten Amlodipin keine Überlegenheit gezeigt werden. Es wurde im Gegenteil eine höhere Inzidenz von kardiovaskulären Ereignissen in der ersten Phase der Behandlung dokumentiert. Außer Frage steht, dass AT1-Rezeptorantagonisten sehr gut verträglich sind. Ob jedoch dieser Vorteil die erheblichen Zusatzkosten rechtfertigt, wird bezweifelt. Eine initiale niedrig-dosierte Kombinationstherapie mit einem Diuretikum und einem ACE-Hemmer (oder Beta-Blocker) ist als preiswerte und medizinisch adäquate Alternative als gleichwertig anzusehen.

Unterversorgung

924. Die Behandlung der arteriellen Hypertonie sollte immer mit nichtmedikamentösen Maßnahmen beginnen, z. B. durch vermehrte körperliche Betätigung und eine Normalisierung des Körpergewichtes. Trotz einer Vielzahl vor allem epidemiologischer Daten, die einen Nutzen nahelegen, kann bisher kein Fortschritt in der Anwendung dieser einfachen und preisgünstigen Maßnahmen festgestellt werden. Da hierfür eine nachhaltige Verhaltensänderung des Pa-

tienten notwendig ist, bestehen besondere Anforderungen an die Persistence des Arztes und Compliance des Patienten (siehe Abschnitt 7.8.4). Der Hausarzt ist hier oft überfordert und allein gelassen, der Patient bei geringem Leidensdruck häufig nicht ausreichend motiviert. Eine fachgerechte Therapie der arteriellen Hypertonie bedeutet die Senkung des Blutdrucks auf Werte unter140/90 mm Hg, bei Vorliegen anderer Erkrankungen (z. B. Diabetes mellitus) zum Teil noch wesentlich niedriger. Dies umfasst im Regelfall eine intensive medikamentöse Therapie mit zwei oder mehr verschiedenen Medikamentenklassen. Nur durch eine ausreichende Senkung des Blutdrucks in diesen Zielbereich lässt sich die Inzidenz der o. g. Folgeerkrankungen zuverlässig verringern. Neuere Studien belegen jedoch wiederholt, dass nur bei ca. 30 % der Hypertoniker der Blutdruck ausreichend therapiert ist. Die Gründe hierfür sind vielfältig und sowohl beim Hausarzt als auch beim Patienten zu suchen. Eine gezielte Fortbildungskampagne der Ärzte in Verbindung mit einer intensiven Information der betroffenen Patienten wäre von außerordentlicher Bedeutung für die Reduktion kardiovaskulärer Ereignisse in Deutschland (Schneider, C.A. et al. 2001). Anreize zur Steigerung von Persistence und Compliance könnten durch verbesserte Vergütung einer qualitätsgesicherten Therapie, z. B. im Rahmen eines DMP für Hypertonie, sowie für eine stärkere Einbindung des Patienten in die Behandlung gesetzt werden. Unter dem Eindruck des demographischen Wandels muss der antihypertensiven Therapie des alten Menschen besonderes Augenmerk geschenkt werden.

Darüber hinaus bildet auch der hohe Anteil von Patienten mit unerkannter arterieller Hypertonie ein nicht zu unterschätzendes Risikopotenzial. Grundsätzlich sollte bei allen Erwachsenen, die hausärztlich betreut werden, der Blutdruck gemessen und in der Gesamtschau des Patienten beurteilt werden. Da es keine ‚physiologische Hypertonie' gibt und bereits hochnormale Blutdruckwerte die individuelle Prognose verschlechtern, sollte gezielt nach Patienten mit erhöhten Blutdruckwerten gesucht werden. Diese Patienten sollten über das erhöhte kardiovaskuläre Risiko aufgeklärt und zu präventivem Verhalten animiert werden (siehe hierzu und im Folgenden generell Kapitel 4) Bei wiederholtem Auftreten solcher Blutdruckwerte muss therapiert werden. Dies gilt umso mehr, da für die arterielle Hypertonie wie für kaum eine andere Erkrankung eine effektive, preiswerte und gut verträgliche Therapie zur Verfügung steht. Unter präventivmedizinischen Aspekten ist die frühe Diagnose und Therapie der arteriellen Hypertonie besonders effektiv.

Fehlversorgung

925. Eine initiale Hypertonie-Therapie mit einem Diuretikum ist eine preisgünstige und effektive Therapie, die jedoch selten primär angewandt wird. Auch unter dem Aspekt der Reduktion von unerwünschten Arzneimittelwirkungen und damit der Verbesserung der Compliance sind niedrigdosierte Diuretika Mittel der ersten Wahl. Sie stellen ideale Kombinationspartner für alle anderen antihypertensiven Substanzklassen dar. Insbesondere die niedrigdosierte Kombination verstärkt den antihypertensiven Effekt mit weniger unerwünschten Arzneimittelwirkungen.

Anders als früher gilt nicht die Höchstdosierung einer einzelnen Substanz, sondern die frühe Kombination verschiedener Klassen als Goldstandard in der Therapie der arteriellen Hypertonie (Law, M.R. et al. 2003). Der häufige Einsatz von kurzwirksamen Ca-Antagonisten wird kritisch beurteilt, da sie durch eine adrenerge Stimulation zu einer Verschlechterung der Prognose der Hypertonie-Patienten beitragen können. Daher sollten Alternativsubstanzen bevorzugt werden. Eine besondere Bedeutung kommt der Differentialtherapie zu, da für die Behandlung des Bluthochdrucks immer auch Krankheiten wie z. B. Diabetes oder Asthma berücksichtigt werden müssen.

Koronare Herzerkrankung

926. Die arterielle Hypertonie ist ein wesentlicher Risikofaktor für die Entwicklung der koronaren Herzerkrankung (KHK). Andere bekannte und beeinflussbare Risikofaktoren sind z. B. die Erhöhung des LDL-Cholesterins, das Rauchen und der Diabetes mellitus. Die koronare Herzerkrankung und ihre Folgeerkrankungen (Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz) sind die häufigsten Todesursachen in Deutschland. Eine frühzeitige und konsequente Therapie der KHK verbessertnicht nur die Prognose und Lebensqualität der Patienten, sondern vermindert auch den Krankenstand und die damit verbundenen Folgekosten. Wie im Gutachten 2000/2001 dargestellt, bedarf das Ausmaß der prähospitalen Mortalität beim akuten Myokardinfarkt weiterhin besonderer Aufmerksamkeit.

Überversorgung

927. Während die Therapie der stabilen KHK in der Regel ambulant erfolgt, müssen Patienten mit akutem Koronarsyndrom stationär behandelt werden. Die Verweildauer dieser Patienten beträgt in Deutschland ca. 14 Tage, in anderen Ländern ist sie z. T. deutlich kürzer. Bei unkompliziertem Verlauf eines nach anerkannten Standards behandelten Herzinfarktes könnten Patienten in der Regel nach spätestens 5 Tagen entlassen werden (Newby, L.K. et al. 2000). Hier besteht unabhängig von Letalität und Lebensqualität ein hohes Einsparpotenzial.

Die Behandlung von Patienten nach Myokardinfarkt besteht in medikamentöser Therapie und Wiederherstellung des physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens. Ob jedoch Patienten hierfür einer stationären Rehabilitationsmaß-

nahme bedürfen, bleibt fragwürdig. Werden atherogene Risikofaktoren durch die Rehabilitation tatsächlich günstig beeinflusst, so bleibt der langfristige Effekt unbefriedigend. Daher sollte der ambulanten wohnortnahen Rehabilitation mit Weiterbetreuung durch den niedergelassenen Arzt der Vorzug gegenüber der stationären Rehabilitation gegeben werden. Bisher vorliegende Outcome-Studien stellen eine Vergleichbarkeit der ambulanten und stationären Versorgungsformen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Folgekosten fest (vom Orde, A. et al. 2002).

In der medikamentösen Therapie der KHK ist eine langfristige Thrombozytenaggregationshemmung unverzichtbar. Für diese Indikation gilt seit langem Acetylsalicylsäure (ASS) als Standard. Neuere Substanzen (z. B. Clopidogrel) zeigen eine geringfügig stärkere Wirksamkeit (Yusuf, S. et al. 2001) als ASS. Dieser günstige Effekt ist jedoch auf Hochrisikogruppen oder Patienten, bei denen eine Koronarangioplastie durchgeführt wurde, beschränkt. Eine generelle Empfehlung für Clopidogrel kann daher nicht gegeben werden. Ähnlich verhält es sich mit der Substanzgruppe der Glykoprotein IIB/ IIIA Rezeptor-Inhibitoren (z. B. Tirofiban). Auch hier ist der größte Nutzen bei Patienten mit dem höchsten Risiko oder einer (zu erwartenden) Koronarintervention zu verzeichnen. Andere Patienten profitieren davon nicht (Sabatine, M.S. et al. 2000).

Unterversorgung

928. Die Bedeutung von Diabetes mellitus für die Entwicklung einer koronaren Herzerkrankung ist seit Jahren bekannt. Neu ist, dass auch Vorstadien des Diabetes mellitus (z. B. pathologische Glukosetoleranz) mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko assoziiert sind. Eine frühzeitige Untersuchung ist einfach und kostengünstig möglich. Bei pathologischen Werten kann eine intensive Therapie nicht nur die Konversion zum Diabetes mellitus hinauszögern oder gar vermeiden, sondern auch die Inzidenz kardiovaskuklärer Ereignisse vermindern (DECODE Study Group 2001).

Die optimale Therapie beim akuten ST-Streckenhebungsinfarkt ist eine frühzeitige Therapie zur Beseitigung des Blutgerinnsels in der Koronararterie. Hierzu stehen prinzipiell eine medikamentöse Thrombolyse oder eine akute Koronarintervention mittels Ballonkatheter zur Verfügung. Inakzeptabel ist jedoch, dass bei nur ca. 50 % der betroffenen Patienten eine solche Therapie durchgeführt wird (Hasdai, D. et al. 2002). Im Idealfall sollte bei Patienten mit ST-Streckenhebungsinfarkt eine Ballonkatheter-Behandlung durchgeführt werden. Dazu ist auch eine Verlegung an ein spezialisiertes Zentrum gerechtfertigt, solange gewährleistet ist, dass die Intervention innerhalb von 120 Minuten nach dem Infarktereignis durchgeführt werden kann.

Ein Standardproblem bei der Ballonangioplastie ist das Risiko einer Restenose, die in ca. 30-40 % der Fälle innerhalb von drei Monaten auftritt, und das auch durch die Implantation eines Stents nur auf ca. 20 % reduziert werden kann. Für dieses häufige klinische Problem wurden teure Spezialstents entwickelt, deren Beschichtung die Proliferation von glatten Muskelzellenals Ursache einer Restenose minimieren (Moses, J.W. et al. 2003). Bisher gibt es allerdings keine Studien, die einen Vorteil gegenüber den konventionellen Stents bei akutem Infarkt belegen.

Die frühzeitig initiierte und langfristig fortgeführte Beta-Blocker Therapie nach Myokardinfarkt verbessert die Prognose dieser Patienten. Dennoch werden nach aktuellen Angaben nur ca. 70 % mit einem Beta-Blocker versorgt, obwohl ca. 90 % der Infarktpatienten damit behandelt werden könnten (Hasdai, D. et al. 2002). Eine breitere Anwendung sollte daher propagiert werden. Ähnlich sieht die Versorgung mit Statinen nach Herzinfarkt aus. Seit ca. 10 Jahren ist die prognoseverbessernde Wirkung bekannt (Ross, S.D. et al. 1999). Dennoch erhalten nur ca. 60 % der Infarktpatienten langfristig ein Statin und nur bei ca. 40 % wird das von den Fachgesellschaften empfohlene Ziel eines LDL Wertes von < 100 mg/dl erreicht. Der Wegfall des Patentschutzes für Simvastatin und Pravastatin sollte eine intensive Statin-Therapie nach Herzinfarkt weiter begünstigen.

Fehlversorgung

929. Die Diagnose der KHK basiert auf Symptomatik, EKG-Befunden und gegebenenfalls szintigraphischen oder angiographischen Befunden. Interessante Neuerungen im Bereich der nicht-invasiven Bildgebung stellen die Magnetresonanztomografie und die Computertomografie dar. Während die Magnetresonanztomografie bislang noch keinen Einzug in die klinische Routine gehalten hat, wird in zunehmendem Maße die Mehrzeilen-Elektronenstrahl-Computertomografie eingesetzt, um eine KHK anhand von Koronarverkalkungen nachzuweisen. Die ersten Daten sind für Patientengruppen mit einer niedrigen oder mittleren Vortestwahrscheinlicheit vielversprechend: hohe Calcium-Scores machen eine KHK sehr wahrscheinlich. Auch für die nicht-invasive Koronarangiografie mittels CT und Kontrastmittel liegen erste interessante Daten vor. Sensitivitäten bis zu 95 % und Spezifitäten bis zu 86 % sind für den Nachweis von Koronarstenosen um mehr als die Hälfte des Gefäßlumens beschrieben worden (Nieman, K. et al. 2002).

Inwieweit diese Techniken jedoch die traditionelle Stufendiagnostik der KHK ablösen werden, ist zur Zeit offen. Ein wesentliches Element in der prognostischen Stratifizierung von Patienten mit dem Verdacht auf eine KHK oder einer bekannten KHK wird in der Diskussion über bildgebende Verfahren häufig übersehen: Die Prognose des Patienten wird

vom Ausmaß der Myokardischämie und der linksventrikulären Pumpfunktion und nicht nur vom Nachweis von Koronarstenosen bestimmt. Insofern müssen Studien abgewartet werden, die die prognostische Überlegenheit der CT-Befunde gegenüber Routineverfahren (Belastungs-EKG, Echokardiografie, Blutparameter) dokumentieren und die Strahlenbelastung rechtfertigen. Eine generelle Empfehlung für diese Verfahren kann daher zum jetzigen Zeitpunkt nicht gegeben werden.

Die koronare Herzerkrankung kann prinzipiell medikamentös, interventionell oder operativ behandelt werden. Bei schweren koronaren Mehrgefäßerkrankungen stellt die operative Revaskularisation häufig die Therapiemethode der Wahl dar. In den letzten Jahren ist ein zunehmender Trend zur Myokardrevaskularisation alter und sehr alter Menschen festzustellen. Die Krankenhaussterblichkeit solcher Patienten ist jedoch ca. dreimal höher als das Risiko jüngerer Patienten (11,5 % vs. 4,4 %; vgl. Peterson, E.D. et al. 1995). Für diese Patientengruppe steht die Beschwerdefreiheit als Behandlungsziel im Vordergrund, da eine Prognoseverbesserung der interventionellen gegenüber der konservativen Therapie bisher nicht belegt ist (Hueb, W. et al. 2004). Daher sind weitere Studien, die dieses spezielle Problem angehen (z. B. Bypass vs. Interventionelle Therapie mit beschichteten Stents im Vergleich zur konservativen Therapie), dringend geboten.

Trotz der Unterversorgung mit Koronarangiografien im akuten Herzinfarkt belegt Deutschland in der Zahl der Untersuchungen pro Kopf im europäischen Vergleich einen Spitzenplatz. Allerdings hat die Mehrheit der Angiografien keine therapeutischen Interventionen zur Folge (Angioplastie mit/ohne Stent oder Bypass), was auf eine Fehlversorgung schließen lässt. Insbesondere für die vielfach sechs Monate nach Primärintervention durchgeführten Kontrollkatheteruntersuchungen besteht keine Grundlage (Dissmann, W. u. de Ridder, M. 2002). Europaweit werden bis zu 60 % der elektiven Koronarinterventionen und 25 % der Katheteruntersuchungen bei akutem Koronarsyndrom nicht leitliniengerecht durchgeführt (Hasdai, D. et al. 2002).

Herzinsuffizienz

930. Die inadäquate Versorgung peripherer Organe infolge struktureller oder funktioneller Veränderung des Myokards bildet die Grundlage für das klinische Syndrom der Herzinsuffizienz. Dabei findet sich die diastolische Herzinsuffizienz häufig im Gefolge einer arteriellen Hypertonie, während die Ursache der systolischen Herzinsuffizienz häufig die KHK ist. Unabhängig von der Klassifikation sind beiden Formen die hohe Morbidität und die ungünstige Prognose mit einer Jahresletalität von bis zu 50 % bei symptomatischen Formen gemein. Die symptomatische Herzinsuffizienz stellt eine der häufigsten Krankenhausaufnahmediagnosen mit langer Liegedauer dar.

Überversorgung

931. Neuere Studien haben die Bedeutung einer AT1-Rezeptorantagonisten-Therapie bei Herzinsuffizienz untersucht. Dabei wurden sowohl die Alternativtherapie als auch die Kombinationstherapie mit einem ACE-Hemmer untersucht. Die Ergebnisse haben nicht den erhofften Durchbruch zu einer kompletten Blockade des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Mechanismus und des adrenergen Systems erbracht. Zwar konnte gezeigt werden, dass einzelne Endpunkte durch eine Kombinationstherapie etwas verbessert werden (McMurray, J.J. et al. 2003), eine allgemeine Empfehlung lässt sich daraus jedoch nicht ableiten. Generell muss gelten, dass ACE-Hemmer bei systolischer Herzinsuffizienz erste Wahl bleiben. AT1-Rezeptorantagonisten sollten nur im Falle einer ACE-Hemmerunverträglichkeit eingesetzt werden.

Unterversorgung

932. Die Diagnose der Herzinsuffizienz gelingt durch Anamnese, körperliche Untersuchung und Ruhe-EKG nur in ca. 60 % der Fälle. Häufig werden andere diagnostische Methoden eingesetzt (Echokardiografie, Röntgen-Thorax, Herzkatheteruntersuchung). Ein neuer einfacher Weg zur Diagnose der Herzinsuffizienz ist die Bestimmung des ‚*brain-natriuretic peptides* (BNP)', ein Protein, das in den Herzkammern gebildet wird und an der Wasser/Salz Homöostase beteiligt ist (Tang, W.H. et al. 2003). Da es sich hierbei um einen einfachen Bluttest handelt, ist die Bestimmung auch in der hausärztlichen Versorgung durchführbar. Der negativ prädiktive Wert des Testes beträgt zwischen 90–95 % (Pfister, R. et al. 2004), so dass ohne größeren Aufwand die Herzinsuffizienz als Ursache der Symptome ausgeschlossen werden kann und frühzeitig andere diagnostische Pfade begangen werden können. Durch Vermeidung zusätzlicher Diagnostik werden Kosten eingespart (Maisel, A.S. et al. 2002).

Die Herzinsuffizienz ist die Domäne der konservativ-medikamentösen Therapie. Erst die Kombination aus Diuretikum, Beta-Blocker, ACE-Hemmer und gegebenenfalls Aldosteron-Antagonisten bei Patienten mit systolischer Herzinsuffizienz ermöglicht nicht nur eine adäquate Lebensqualität für viele Patienten, sondern auch eine Verbesserung der Prognose. Dennoch wird diese preiswerte Therapie vielen Patienten vorenthalten oder inadäquat dosiert. So zeigen Daten des EURO Survey, dass nur ca. 25 % der Patienten mit systolischer Herzinsuffizienz leitliniengerecht mit einer Kombination aus ACE-Hemmer und Beta-Blocker therapiert werden (Cleland, J.G. et al. 2002). Auch unter Kos-

tengesichtspunkten ist die fehlerhafte Behandlung bedauerlich: Da unter einer optimalen Therapie die Wahrscheinlichkeit, im Krankenhaus behandelt werden zu müssen, um ca. 20 % sinkt und die Krankenhauskosten bei der Herzinsuffizienz den größten einzelnen Kostenblock darstellen, werden durch die inadäquate Therapie hohe, vermeidbare Kosten verursacht. Die Wahrscheinlichkeit, einen herzinsuffizienten Patienten in ein Krankenhaus aufnehmen zu müssen, kann auch durch weitere einfache Maßnahmen reduziert werden: durch einen krankenpflegegestützten Besuchs- oder Telefondienst. Aufgabe dieses Dienstes ist es, den Patienten in seiner Eigenverantwortlichkeit für seine Gesundheit zu stärken. Die Pflegekraft erinnert an die regelmäßige Medikamenteneinnahme, an das tägliche Wiegen und adjustiert gegebenenfalls die Diuretikadosis. Diese einfachen Maßnahmen reduzieren die Zahl der Krankenhausaufnahmen, verbessern die Lebensqualität und tendenziell auch die Prognose, ohne die Kosten zu erhöhen (Philipps, C.O. et al. 2004). Dem flächendeckenden Einsatz eines solchen Dienstes stehen die sektorale Abschottung der Finanzierungssysteme und Akzeptanzprobleme auf Seiten der Ärzteschaft entgegen.

Ungefähr 10 % der Patienten bleiben trotz optimaler medikamentöser Therapie weiter symptomatisch. Bei einem Teil der Patienten wird daher die Herztransplantation als ‚ultima ratio' erfolgreich durchgeführt. Seit Jahren bestehen jedoch lange Wartelisten, da Spenderorgane fehlen. Eine verstärkte Aufklärungsarbeit bei Ärzten und Patienten zu diesem Thema ist weiterhin notwendig. Inwieweit innovative Verfahren (Xenotransplantation, Stammzelltherapie) hier hilfreich sein werden, bleibt derzeit offen. Die Behandlung der therapierefraktären Herzinsuffizienz wird seit wenigen Jahren auch mittels spezieller Herzschrittmacher durchgeführt. Diese so genannten biventrikulären Schrittmachersysteme führen zu einer Resynchronisation des asynchron arbeitenden Herzens (z. B. bei Linksschenkelblock). Diese Resynchronisation der rechts- und linksventrikulären Kontraktion führt zu einer Verbesserung der Symptomatik und Leistungsfähigkeit und zu einer Abnahme der Hospitalisierung (Abraham, W.T. u. Hayes, D.L. 2003). Die Kombination eines solchen Schrittmachersystems mit einem implantierbaren Defibrillator stellt den vorläufigen Höhepunkt der Elektrotherapie bei der Herzinsuffizienz dar. Die derzeitig verfügbaren Studien mit noch geringen Patientenzahlen rechtfertigen die bisherige Zurückhaltung gegenüber dieser Therapie und mahnen zu einer strengen Indikationsstellung.

Fehlversorgung

933. Eine Therapie mit Aldosteron-Antagonisten (z. B. Spironolacton) verbessert die Prognose von Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz. Der Einsatz erfolgt jedoch häufig unkritisch und ohne Beachtung der Indikationen und Kontraindikationen. So wird trotz Verschlechterung der Nierenfunktion Spironolacton weiter zum Teil auch hochdosiert verordnet, obwohl es zu schweren Hyperkaliämien führen kann.

Bestand die medikamentöse Behandlung der Herzinsuffizienz früher in erster Linie aus Diuretika und herzwirksamen Glykosiden, so haben letztere durch den Einsatz von ACE-Hemmern und Beta-Blockern an Bedeutung verloren. Eingesetzt werden sollten Herzglykoside noch bei tachykarden Formen des Vorhofflimmerns oder wenn der Patient trotz einer hochdosierten Therapie mit Diuretika, Beta-Blockern und ACE-Hemmern weiter symptomatisch bleibt. Wenn eine Glykosid-Therapie indiziert ist, sollten niedrige therapeutische Spiegel angestrebt werden. Höhere Spiegel sind mit einer Übersterblichkeit assoziiert (Rathore, S.S. et al. 2003).

Der Einsatz von nichtsteroidalen Antiphlogistika ist bei Patienten mit Herzinsuffizienz problematisch, da Verschlechterung der Herzinsuffizienz, Erhöhung des Blutdrucks und akutes Nierenversagen unter einer Therapie mit dieser Substanzgruppe beschrieben wurden. Diese unerwünschten Arzneimittelwirkungen können auch durch die COX2-Inhibitoren hervorgerufen werden. Wenn möglich sollte daher bei Patienten mit Herzinsuffizienz auf diese Substanzgruppe verzichtet werden (Amabile, C.M. u. Spencer, A.P. 2004).

Fazit

934. Die genaue Diagnose und adäquate Therapie der arteriellen Hypertonie sind notwendig zur Reduktion kardiovaskulärer Folgeerkrankungen. Die Diagnose der arteriellen Hypertonie ist einfach, Hausärzte sollten daher routinemäßig nach erhöhten Blutdruckwerten suchen. Die frühe, intensive blutdrucksenkende Therapie mit einer diuretikabasierten, niedrig-dosierten Kombinationstherapie ist in der Regel preiswert und gut verträglich. Dabei sollten niedrige Blutdruckwerte angestrebt werden, um den maximalen kardiovaskulären Schutz zu erreichen.

Die Diagnostik der KHK ist seit Jahren etabliert. Ob die Einführung neuer Diagnose-Modalitäten (z. B. EBCT) einen Fortschritt darstellt, ist noch unklar. Bevor dazu eine Empfehlung ausgesprochen werden kann, sollten wissenschaftliche Studien die eindeutige Überlegenheit bezüglich der Vorhersage kardialer Ereignisse im Vergleich zu traditionellen Markern dokumentieren. Die Therapie der KHK umfasst neben medikamentösen Optionen interventionelle und operative Maßnahmen. Unter den medikamentösen Optionen sollte eine Kombinationstherapie aus Beta-Blocker, ASS und Statinen die Regel sein. Niedrige LDL-Cholesterin-Werte müssen angestrebt werden. Die Akutbehandlung des Myokardinfarktes bedarf weiterer Anstrengungen mit dem Ziel einer raschen interventionellen Therapie des ST-Streckenhebungsinfarkt. Sollte dies nicht möglich sein, ist routinemäßig eine thrombolytische Therapie zu prüfen. Besonderer Bemühungen bedarf es bei der Therapie alter Menschen mit KHK, da die ideale Therapie zur Zeit unklar ist.

Der rasche Ausschluss einer Herzinsuffizienz bei Patienten mit dem Leitsymptom Luftnot wird durch den BNP-Test ermöglicht. Eine breitere Anwendung im hausärztlichen Bereich wird die Betreuung der Patienten verbessern und Ressourcen sparen. Eine optimale Therapie der KHK und der arteriellen Hypertonie vermindert die Inzidenz der Herzinsuffizienz. Für die Therapie der chronischen Herzinsuffizienz steht eine Reihe von Optionen zur Verfügung. Eine intensive Therapie mit ACE-Hemmern und Beta-Blockern verbessert die Prognose und verringert die Häufigkeit der Krankenhausaufnahme. Indikationen für AT1-Rezeptorantagonisten bestehen nur bei Patienten mit ACE-Hemmer-Unverträglichkeiten. Eine Reihe von nichtmedikamentösen Optionen zur Therapie der fortgeschrittenen Herzinsuffizienz sind in den letzten Jahren untersucht worden. Aufgrund von Organmängeln für die Herztransplantation wurde das Spektrum der Elektrotherapie der Herzinsuffizienz erweitert. Neben implantierbaren Defibrillatoren stehen biventrikuläre Schrittmachersysteme zur Verfügung, die die Belastbarkeit der Patienten verbessern. Für eine generelle Empfehlung besteht zur Zeit noch keine ausreichende Grundlage, da eine Prognoseverbesserung nicht eindeutig nachgewiesen wurde.

7.10 Fazit und Empfehlungen

935. Die moderne naturwissenschaftlich begründete Pharmakotherapie ist noch keine 100 Jahre alt. Arzneimittel gehören jedoch seit der Antike zu den wirksamsten Instrumenten zur Beherrschung von Krankheit, körperlich-seelischen Leiden und Schmerz. Sie bilden eine unabdingbare Voraussetzung für die Aufrechterhaltung von Arbeitsfähigkeit und Leistungsvermögen großer Bevölkerungsteile in den westlichen Gesellschaften. Es gibt allerdings noch viele nicht oder nur unbefriedigend zu behandelnde Krankheitszustände. Die Arzneimittelversorgung in Deutschland erreicht in der Regel alle Menschen, die ihrer bedürfen, und erfolgt hinsichtlich Innovationsgrad und wissenschaftlicher Fundierung auf hohem Niveau.

936. Unbeschadet vorhandener Defizite, die sich auch weiterhin in Über-, Unter- und Fehlversorgung manifestieren, hat sich innerhalb der letzten Jahre die medikamentöse Versorgung in einigen Bereichen (z. B. Reduktion der Verordnung umstrittener Arzneimittel oder von Arzneimitteln mit Abhängigkeitspotenzial) nachweisbar gebessert. Die Teilnahme von niedergelassenen Ärzten an so genannten Pharmakotherapiezirkeln z. B. im Rahmen integrierter Versorgung lässt ein gesteigertes Qualitätsbewusstsein erkennen. Dieses findet auch in dem Trend, stärker wissenschaftlich begründete Empfehlungen wie evidenzbasierte Leitlinien zu erstellen und zu implementieren, seinen Niederschlag.

937. Das Verordnungsspektrum und die dafür aufgewendeten finanziellen Mittel bewegen sich im Mittel der Werte anderer europäischer Nationen. Vielfältige Versuche, die Arzneimittelausgaben zu senken, bewirkten nur vorübergehende Kostensenkungen und konnten einen stetigen Anstieg der Medikamentenausgaben nicht verhindern. Durch weitere Auflagen zum Sparen gegenüber den verordnenden Ärzten lassen sich noch in bestimmten Bereichen Einsparerfolge erzielen. Solche Möglichkeiten sollten genutzt werden, auch wenn dadurch keine durchgreifende Systementlastung erreicht werden kann. Der Schwerpunkt einer Verbesserung der Arzneimitteltherapie sollte daher gleichermaßen auf der Qualität liegen.

938. Es gibt keinen einfachen Weg, um in diesem multifaktoriellen Bedingungsgefüge ergebnisorientiert Verbesserungen zu erzielen. Eine theoretisch erwünschte kosteneffiziente und effektive Arzneimitteltherapie, die insbesondere alle ‚Einsparpotenziale€ abbaut, ist aufgrund der vielfältigen Einflussfaktoren in der Realität kaum erreichbar. Daher erscheint es angebracht, die bei der Arzneimittelverordnung vermuteten bzw. theoretisch erreichbaren Rationalisierungsreserven hinsichtlich ihres Einsparpotenzials realistisch zu bewerten. Auf dieser Basis können dann gangbare Wege der Rationalisierung gefunden werden. Wenn einerseits eine moderne, zeitnah auf Innovationen reagierende Pharmakotherapie, welche die Gesundheitspotenziale von Arzneimitteln weitgehend ausschöpft, gewünscht wird, so geht dies andererseits zwangsläufig mit einem entsprechenden Kostenvolumen einher. Trotzdem muss das praktisch erreichte Einsparvolumen immer wieder am theoretisch möglichen Ergebnis gemessen und gegebenenfalls neu ausgerichtet werden. Ebenso muss die Umsetzung der anvisierten Zielgrößen einer beständigen Überprüfung nach den Kriterien der praktischen Erreichbarkeit unterliegen.

Der deutsche Arzneimittelmarkt im Überblick

939. Der deutsche Arzneimittelmarkt nimmt gemessen am Umsatzvolumen die dritte Position weltweit ein. Betrachtet man jedoch die Pro-Kopf-Arzneimittelausgaben oder die so genannten Arzneimittelquoten als Verhältnis aus Arzneimittelausgaben zu den gesamten Ausgaben für die Gesundheitsversorgung, so bleiben diese im internationalen Vergleich sowohl bezüglich des Niveaus als auch der Ausgabenentwicklung eher unauffällig.

940. Im Zeitraum von 1992 bis 2003 stiegen die Arzneimittelausgaben in Deutschland mit Ausnahme des Jahres 1993 kontinuierlich an. Ausgaben im Rahmen der GKV und der privaten Haushalte verliefen reziprok und addierten sich zumeist auf ca. 90 % der Gesamtausgaben. Dabei nahm die GKV mit ca. 70 % den höchsten Anteil der verschiedenen Ausgabenträger an den Arzneimittelausgaben ein. Der durch Verordnungen im Rahmen der GKV generierte Umsatz belief sich im Jahr 2003 auf über 60 % des Apothekenumsatzes. Er spielt somit für die Entwicklung des deutschen Arzneimittelmarktes eine dominante Rolle. Innerhalb der gesamten Ausgaben der GKV nahmen die Arzneimittelausgaben seit Mitte der neunziger Jahre einen stetig steigenden Anteil ein. Sie bildeten im Jahr

2003 hinter den Ausgaben für stationäre Leistungen einen größeren Ausgabenblock als die ambulante Behandlung durch Ärzte. Aufgrund gesetzlicher Regelungen war im Jahr 2004 ein Rückgang bei den Arzneimittelausgaben zu verzeichnen. Bereits im Jahr 2005 sind jedoch wieder Ausgabenzuwächse zu erwarten.

941. Rationalisierungspotenziale bestehen in den Bereichen der Verordnung umstrittener Arzneimittel, generikafähiger Wirkstoffe und von Analogpräparaten. Mit der Reduzierung der Verordnung umstrittener Arzneimittel bzw. dem Verzicht auf Mittel mit ungesichertem therapeutischem Nutzen leisteten die Vertragsärzte in den letzten Jahren einen erheblichen Beitrag zur Schöpfung von Rationalisierungsreserven. Zum Einsparvolumen trug auch bei, dass seit Beginn des Jahres 2004 nicht verschreibungspflichtige Medikamente, unter die viele umstrittene Arzneimittel fallen, bis auf wenige Ausnahmen Versicherten ab dem 12. Lebensjahr nicht mehr zu Lasten der GKV verordnet werden dürfen. Das Einsparpotenzial aus dem Verzicht auf umstrittene Arzneimittel dürfte in Zukunft auch wegen des Marktausschlusses von ca. 5 000 Präparaten im Jahr 2003, für die kein Wirksamkeitsnachweis vorlag und für die keine Nachzulassung beantragt wurde, weiter abnehmen. Durch den Ablauf von Patenten ergeben sich dagegen mit der Verordnung von Generika immer neue Rationalisierungsmöglichkeiten. Deutschland weist mit knapp 68 % im generikafähigen und über 30 % im GKV-Gesamtmarkt den vermutlich höchsten Marktanteil von Generikapräparaten weltweit auf. Die Preise von patentfreien Originalpräparaten und Generika gleichen sich allerdings vor dem Hintergrund der marktdominierenden Stellung einiger weniger Hersteller von Generika zunehmend an. Ein vermutlich höheres Einsparpotenzial als im Bereich der Substitution durch Generika besteht derzeit innerhalb des generischen Marktsegments, denn hier findet statt eines Preiswettbewerbs ein intensiver Rabattwettbewerb statt, der nicht den Kassen bzw. den Beitragszahlern, sondern den Apotheken zu Gute kommt. Schließlich ist im Gesamtmarkt der Eintritt von sehr teuren patentgeschützten Medikamenten zu beobachten. Darunter befindet sich ein relevanter Anteil von Analogpräparaten, die vielfach keinen höheren therapeutischen Nutzen als kostengünstigere Generika aufweisen.

942. Die zentrale Einflussgröße des Wachstums der Arzneimittelausgaben, die sogenannte Strukturkomponente, setzt sich aus Inter- und Intramedikamenteneffekt zusammen. In den letzten Jahren dominierte der Intermedikamenteneffekt, d. h. vorwiegend bzw. per saldo die Substitution von preiswerteren Arzneimitteln durch neue Präparate mit höheren Preisen. Beim Intramedikamenteneffekt erfolgt bei identischen Arzneimitteln ein Wechsel zu anderen Packungsgrößen, Darreichungsformen oder Wirkstärken. Sofern es sich bei dem Intermedikamenteneffekt um teurere Medikamente ohne relevante therapeutische Vorteile handelt, führt diese Arzneimittelsubstitution zu verdeckter Preissteigerung und ineffizienter Arzneimitteltherapie. Eine Nutzen-Kosten-Bewertung im Rahmen einer ‚vierten Hürde' könnte für solche Präparate, z. B. durch Einbeziehung in die Festbetragsregelung, eine Erstattungsobergrenze im Rahmen der GKV festlegen.

Arzneimittelausgaben und Produktion aus internationaler Perspektive

943. Die pharmazeutische Industrie in Europa verlor in den vergangenen Jahren an Wettbewerbsfähigkeit gegenüber Unternehmen aus den USA. Dabei verzeichneten insbesondere Deutschland und Italien negative Entwicklungen. Deutschland war Anfang der neunziger Jahre noch drittgrößter Arzneimittelproduzent weltweit, belegt jedoch mittlerweile nur noch den fünften Rang hinter den USA, Japan, Großbritannien und Frankreich. Unter den zehn umsatzstärksten Unternehmen befindet sich kein deutscher Konzern mehr. Dies resultiert auch aus einem Konzentrations- und Globalisierungsprozess in der Pharmabranche, der weiter anhält und dessen Auswirkungen auf die Innovationsbereitschaft und Qualität der Arzneimittelversorgung unter kritischer Beobachtung stehen sollten.

944. Erfolgreich forschende pharmazeutische Unternehmen in Deutschland zu erhalten und zu fördern, liegt auch im Interesse der Patienten, da neue Präparate oftmals zuerst auf dem Heimatmarkt eines Unternehmens in Verkehr gebracht werden. Darüber hinaus geht die Forschung und Entwicklung neuer Medikamente oft mit hoher Wertschöpfung einher, ermöglicht ‚*Spillover*'-Effekte in andere Industriezweige und schafft Beschäftigung. Die pharmazeutische Industrie in Deutschland verzeichnete in den letzten Jahren eine sinkende Beschäftigung. Eine Weiterentwicklung wie in der amerikanischen forschenden Arzneimittelindustrie fand in Europa nicht in demselben Maße statt. In den USA entwickelte sich eine neue Branchenstruktur, die von kleinen Biotechnologie-Unternehmen geprägt ist, die Zuarbeit für die Großkonzerne leisten. Durch das ‚*Outsourcing*' von Teilen der Grundlagenforschung ließ sich der Technologiemarkt vermutlich effizienter nutzen. Auch eine Netzwerkbildung zwischen Universitäten, privaten und öffentlichen Forschungseinrichtungen trug aus Sicht der Industrie in den USA zu einem forschungsfreundlichen Umfeld bei. Europäische Konzerne orientieren sich auch deshalb in ihrer Grundlagenforschung in Richtung Nordamerika. Abgesehen von einigen großen besteht die Industrie in Deutschland aus vielen kleinen und mittelständischen Unternehmen. Für diese Betriebe ist die Regulierung des deutschen Marktes von großer Bedeutung, da sie sich im Allgemeinen nicht in der Lage sehen, Teile der Forschung und Entwicklung oder der Produktion ins Ausland zu verlegen.

945. Pharmazeutische Unternehmen erwarten stabile Rahmenbedingungen, um ihre Forschungs- und Entwicklungsaufwendungen langfristig planen zu können. Erfolgreiche pharmazeutische Unternehmen benötigen, wie die Schweiz zeigt, aber nicht zwangsläufig einen umsatzstarken Heimatmarkt. Die Marktzulassung findet mittlerweile weitgehend nach europaweit geltenden Vorgaben

statt. Eine zügige Umsetzung der entsprechenden Richtlinien, Verordnungen und Empfehlungen der Europäischen Kommission nützt sowohl den Patienten als auch den Unternehmen. Dazu gehören beispielsweise die zeitliche Straffung von Zulassungsverfahren und das Setzen von Anreizen für die Entwicklung und Vermarktung von Medikamenten für seltene Leiden, alte Menschen und Kinder. Dabei sind in jedem Fall geschlechtsspezifische Unterschiede zu berücksichtigen.

946. Entscheidenden Einfluss auf die Attraktivität des deutschen Arzneimittelmarktes üben die für die Verordnungsfähigkeit eines Medikaments im Rahmen der GKV zuständigen Institutionen aus. Eine Vielzahl von Reformen schuf auf diesem lukrativsten Teilmarkt Deutschlands in den letzten Jahren eine zunehmende Intransparenz, wobei die kurzlebigen regulativen Eingriffe – mit begrenztem Erfolg – auf eine Eindämmung der Ausgabensteigerungen bei den Arzneimitteln abzielten. Neue und unter Patent stehende Mittel wurden allerdings von 1997 bis 2003 weitgehend vor regulativen Maßnahmen wie Festbetragsregelungen geschützt. Diese zusätzliche Förderung von Forschungsaktivitäten wurde jedoch in geringem Ausmaß genutzt. Der Hauptanteil der in diesem Zeitraum vermarkteten neuen Mittel entfiel auf Analogprodukte, die nur selten therapeutische Vorteile oder Vorteile im Preiswettbewerb gegenüber den etablierten Medikamenten mit sich brachten. Die Entscheidung über die Erstattungsfähigkeit bzw. -höhe eines Präparates sollte sich daher zukünftig an dauerhaften, transparenten und eindeutigen Kriterien orientieren, die sich von Effizienzoptimierung und therapeutischem Fortschritt leiten lassen.

Die Ausweitung von dezentralen Vertragsverhandlungen

947. Nach § 130a Abs. 8 SGB V können Krankenkassen oder ihre Verbände mit pharmazeutischen Unternehmen zusätzlich zu den gesetzlich vorgesehenen Abschlägen nach § 130a Abs. 1 und 2 SGB V Rabatte für die zu ihren Lasten abgegebenen Arzneimittel vereinbaren. Zur Ausschöpfung des Rationalisierungspotenzials sollten diese Vertragsverhandlungen zwischen Herstellern und Kassen verstärkt auch für Medikamente im Festbetragssegment genutzt werden. Im Falle des Verzichts oder Scheiterns von Vertragsverhandlungen gelten die Festbeträge weiterhin als Erstattungsobergrenzen. Der Spielraum der Hersteller bei der Preissetzung wird so nicht wie bisher durch Rabatte an die Apotheken abgeschöpft, sondern kommt den Kassen und damit letztlich den Beitragszahlern zu Gute. Dies gilt insbesondere für das Generikasegment. Der Apotheker wählt bei der Abgabe des ärztlich verordneten Wirkstoffs ein Präparat entsprechend den Vorgaben der Kasse des jeweiligen Versicherten aus. Gemäß den Rezeptabrechnungen erfolgt dann eine Rückvergütung der vereinbarten Rabatte von den Herstellern an die Kassen. Mit den Vertragsverhandlungen zwischen Krankenkassen und Herstellern wird der gegenwärtigen Entwicklung entgegengewirkt, dass die Apotheken verstärkt in den Fokus der Rabattpolitik der Hersteller geraten.

Solche Verträge entlasten den behandelnden Arzt in seiner Verordnungsentscheidung. Er verschreibt z. B. im generikafähigen Marktsegment an Stelle des Präparats den Wirkstoff und ist damit in wesentlich geringerem Maße der Einflussnahme durch die Pharmaindustrie ausgesetzt. Für die Hersteller wiederum kann das Verfahren der Vertragsverhandlungen mehr Planungssicherheit bieten. Es reduziert die Notwendigkeit, Ärzte und Patienten durch den Besuch von Pharmareferenten oder andere Werbemethoden an sich zu binden. Dies nimmt den Fokus der Arzneimittelhersteller von den einzelnen Arztpraxen und spart in erheblichem Umfang Vertriebskosten für die Hersteller ein, die dann in Form von Preissenkungen oder als Forschungsmittel letztlich dem gesamten System bzw. vornehmlich den Patienten zu Gute kommen können. Insoweit sie den Spielraum der Preisgestaltung des Herstellers ausloten bzw. ausschöpfen, können solche Verhandlungen auch die Aut-idem-Regelung ersetzen, deren Umsetzung bisher hinter den Erwartungen zurückblieb.

Das Verhandeln von Wirkstoffpreisen bietet großen Kassen einen Wettbewerbsvorteil, da sie den Herstellern eine entsprechend hohe Zahl an Abnehmern in Aussicht stellen. Die Ersparnisse aus niedrigeren Preisen können sie über den Beitragssatz an die Versicherten weitergeben. Insbesondere im Rahmen integrierter Versorgung und in Disease Management-Programmen können solche Verhandlungen im Sinne einer dezentralen Lösung als Wettbewerbsparameter einzelner Kassen dienen. Diese legen fest, welche Medikamente bzw. Wirkstoffe sie für die Versorgung ihrer Patienten als besonders relevant erachten. Weiterhin besteht jedoch Kontrahierungszwang für alle in der GKV verordnungsfähigen Präparate, so dass der behandelnde Arzt in begründeten Fällen von den verhandelten Wirkstoffen abweichen kann. Eine qualitativ hochwertige, aber kostengünstige Arzneimitteltherapie dürfte für viele Versicherte den Anreiz erhöhen, einer integrierten Versorgung beizutreten. Sie profitieren von niedrigeren Beitragssätzen und/oder von Bonusregelungen im Rahmen der integrierten Versorgung. Umgekehrt besitzen die Kassen ein erhöhtes Interesse daran, solche Versorgungsformen anzubieten.

948. Als Ergänzung zu den Vertragsverhandlungen zwischen Kassen und Herstellern können auch Verhandlungen zwischen Apotheken oder Apothekengruppen und Kassen hinzutreten, die entsprechende Rabatte zu Gunsten der Kassen – beispielsweise bei Versandapotheken – beinhalten. Alternativ können Apotheken bzw. Apothekenverbünde mit Herstellern in Rabattverhandlungen treten und Verbundvorteile im Rahmen eines Hausapothekenvertrags an die Kassen weitergeben. Grundsätzlich ist in allen Varianten das Funktionieren der Distributionskette über die Apotheken sicherzustellen. Dort müssen die von der jeweiligen Kasse verhandelten und eingekauften Arzneimittel ausgegeben werden. Insbesondere bei kleineren Kassen lassen sich solche Distributionsketten vermutlich nur unter Einbeziehung von Versandapotheken realisieren, wenn über diese die Arzneimittel zur Behandlung chronischer Krankheiten mit planbarem Verbrauch ausgeliefert werden.

Bedeutung des hausärztlichen Sektors

949. Die Hausarztmedizin stellt mit der primärmedizinischen Gesundheitsversorgung einen zentralen Bestandteil des Gesundheitswesens dar. Allgemeinmediziner und Internisten verschreiben zusammen ca. drei Viertel aller zu Lasten der GKV verordneten Medikamente. Zu dieser Gruppe gehört ungefähr die Hälfte der niedergelassenen Ärzte. Das Spektrum der von ihnen verordneten Medikamente stimmt weitgehend überein und lässt auf eine in ihrer Morbidität vergleichbare Patientenpopulation schließen. Für viele Menschen ist der Hausarzt – auch ohne formalisierte Hausarztmodelle – der erste professionelle Ansprechpartner bei gesundheitlichen Problemen. Die Rolle des Hausarztes dürfte durch die gesetzliche Verankerung der hausarztzentrierten Versorgung und die angestrebte Zusammenführung von Verordnungs- und Diagnosedaten künftig noch an Bedeutung gewinnen.

950. Wesentliche Kennzeichen der komplexen Entscheidungssituation des Hausarztes bilden eine zumeist ältere und von Multimorbidität gekennzeichnete Klientel, der direkte Bezug zur Lebensumwelt des Patienten und häufig unzureichend abgesichertes Wissen über die unter diesen Bedingungen beste Behandlungsalternative. Häufig fehlen zuverlässige Informationen über die therapeutische Wirksamkeit von Arzneimitteln oder andere Behandlungsmöglichkeiten bei älteren Patienten. Neben solchen strukturellen Problemen gibt es jedoch auch Hinweise auf Defizite bei der Verordnung und Anwendung von Arzneimitteln, die in der Verantwortung des einzelnen Arztes liegen. Die Verordnungsentscheidung des Arztes hängt von seinem persönlichen Wissen und seiner Erfahrung sowie von strukturellen Rahmenbedingungen ab, wie z. B. vom Vorhandensein von Leitlinien und Therapieempfehlungen oder von der Vorgabe der Medikation bei Übernahme eines Patienten aus der stationären Versorgung. Ökonomische Rahmenbedingungen, Einflussnahme durch die Pharmaindustrie und Aspekte der Interaktion zwischen Arzt und Patient bilden weitere wichtige Determinanten. Eine Verbesserung der Pharmakotherapie muss daher mit einer Reduktion der Komplexität der Entscheidungssituation einhergehen. Der einzelne Arzt sollte sich durch institutionelle Vorgaben in seiner Entscheidungsfindung nicht eingeengt fühlen, sondern sie als Hilfestellung wahrnehmen. Andererseits sollten alle Einflussgrößen, die nicht der Transparenz, dem Therapievergleich und der Optimierung von Qualität und Effizienz dienen, deutlich reduziert werden.

951. Ein möglicher Zusammenhang besteht zwischen der Vergütung, der Dauer der Arztbesuche und der Verordnungsrate, d. h. je kürzer die Konsultationsdauer, desto höher die Verordnungsrate. Eindeutige Ergebnisse bezüglich der Wirkung bestimmter Vergütungssysteme auf die Arzneimittelversorgung liegen jedoch nicht vor. Hier besteht noch erheblicher Forschungsbedarf.

Arzneimittelrechtliche Vorgaben

952. Für die Marktzulassung eines Arzneimittels müssen Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und pharmazeutische Qualität nachgewiesen werden. Neben dem nationalen Zulassungsverfahren existieren ein zentrales und ein dezentrales europäisches Verfahren. Nur der Hersteller entscheidet über die Zulassungsindikation und kann damit bei hohen Studien- und Zulassungskosten Kranke mit einer wirtschaftlich unattraktiveren Indikation von einer effektiven Behandlung ausschließen. Eine Expertengruppe ‚Off-Label', die am Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) angesiedelt ist, beschäftigt sich mit der möglichen Ausweitung der Therapie von zugelassenen Arzneimitteln auf bisher nicht zugelassene Indikationen. Ein positives Votum der Gruppe sollte der Hersteller als Aufforderung verstehen, eine Erweiterung der Zulassung zu beantragen. Bezüglich der indikationsspezifischen Verordnungsfähigkeit (s. u.) wäre hier ein stärkeres Engagement durch die nationalen Behörden denkbar. Dies würde zwar eine Einflussnahme auf die Entscheidung des Herstellers darstellen, da er auch in dieser nicht zugelassenen Indikation haftpflichtig wäre. Es erscheint aber zumindest bei Einhaltung bestimmter Fristen (z. B. Laufzeit des Patentschutzes) als Möglichkeit, ein Präparat einem zusätzlichen Patientenkreis zu Gute kommen zu lassen, wenn es gut begründete Annahmen für einen Nutzen über die zugelassene Indikation hinaus gibt.

953. Weitreichende Auswirkung auf die Profitabilität eines Arzneimittels im deutschen Markt besitzt die Entscheidung über seine Verordnungsfähigkeit, d. h. ob es im Rahmen der GKV (ggf. bis zu einem Höchstbetrag) erstattet wird. Versicherte besitzen einen Anspruch auf apothekenpflichtige Arzneimittel, sofern diese nicht per Gesetz oder durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses von der Verordnungsfähigkeit ausgeschlossen sind. Seit 1. Januar 2004 werden nicht verschreibungspflichtige Medikamente nicht mehr im Rahmen der GKV erstattet, sofern sie nicht als Behandlungsstandard bei einer schwerwiegenden Erkrankung gelten. Der Status ‚verschreibungspflichtig' bildet somit ein wichtiges Kriterium bei der Verordnung eines Arzneimittels. Die Verknüpfung von ‚Verschreibungspflicht' und ‚Verordnungsfähigkeit' orientiert sich allerdings nicht an den medizinischen Erfordernissen und stellt lediglich ein formales Kriterium dar. Die (sozio)ökonomischen und qualitätsrelevanten Auswirkungen der Neuregelung der Leistungspflicht sollten einer detaillierten Untersuchung unterzogen werden. Diejenigen nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die als Behandlungsstandard bei einer schwerwiegenden Erkrankung gelten, wurden in einer Ausnahmeliste zusammengefasst und sind weiterhin verordnungsfähig (‚Kleine Positivliste'). Interessenunabhängiger, qualitätsgesicherter, einfach zugänglicher und verständlicher Verbraucherinformation kommt in diesem Zusammenhang große Bedeutung zu. Diese Forderung richtet sich nicht nur an Behörden, sondern auch an Ärzte und Apotheker, u. a. bei der Beratung zur Selbstmedikation.

Ökonomische und strukturelle Rahmenbedingungen

954. Da der Arzt die Kosten eines Arzneimittels und die gesundheitlichen Auswirkungen seiner Verordnung nicht selbst trägt, berücksichtigt er diese Wirkungen auf den

Patienten bzw. auf die Versichertengemeinschaft zunächst nur im Rahmen seines persönlichen Wissens und Interesses an einer möglichst guten medizinischen Behandlung. Regulative Maßnahmen versuchen daher zum einen, über finanzielle Anreize das Kostenbewusstsein des Arztes zu schärfen, und zum anderen, die Verordnungsqualität zu steigern.

Zur Eindämmung der Ausgabensteigerungen bei Arzneimitteln im ambulanten Sektor existieren seit 1993 Budgets in unterschiedlicher Ausgestaltung. Zum 31. Dezember 2001 ersetzten Zielvereinbarungen zur Arzneimittelversorgung zwischen Kassen und Kassenärztlicher Vereinigung die Arzneimittelbudgets, deren Überschreitung seit ihrer Einführung 1993 nie sanktioniert wurde. Trotz der mangelnden Sanktionierung gab es jedoch einen ausgabensenkenden Einführungs- und einen ausgabensteigernden Abschaffungseffekt. Eine stärkere Anreizwirkung auf den einzelnen Arzt geht von einer individuellen Regresspflicht aus, wie sie § 106 Abs. 5a SGB V vorsieht. Bei Überschreiten von arztgruppenspezifischen Richtgrößen nach § 84 Abs. 6 SGB V kommt es zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen und ggf. Regressforderungen, sofern die Mehrausgaben nicht durch Praxisbesonderheiten begründbar sind. Die Individualisierung dieser ‚Budgets' sowie die Möglichkeit von Budgetüberschreitungen in begründeten Ausnahmefällen scheinen sinnvollere Instrumente zu sein als die globalen Zielvereinbarungen. Ein zentrales Instrument zielorientierter Budgetierung bildet die Bereitstellung von Informationen zum individuellen Verordnungsverhalten. Seit Januar 2003 liefern die KVen acht Wochen nach dem Verordnungsmonat den Kassenärzten eine individuelle Übersicht der Verordnungsdaten ihrer Praxis auf der Grundlage der GAmSi-Daten (GKV-Arzneimittel-Schnellinformation).

955. Eine umfassende gesundheitspolitische Analyse erfordert eine stärker sektoren- und therapieübergreifende Perspektive auf das Verordnungsverhalten. Dies hilft, eine Verschiebung von Ausgaben auf andere Sektoren des Gesundheitssystems zu vermeiden und dem Grundsatz ‚mit und nicht an Arzneimitteln sparen' zur Umsetzung zu verhelfen. Viele Arzneimittel können als Substitution für teurere Behandlungen (z. B. im stationären Bereich) eingesetzt werden. Andererseits vermögen in bestimmten Fällen andere Behandlungsmethoden auch ineffiziente Arzneimittel zu ersetzen.

956. Trotz mehrerer politischer Anläufe existiert in Deutschland bisher keine generelle Positivliste. Ein solches Instrument ist immer dann für eine erhöhte Transparenz im Arzneimittelmarkt notwendig, wenn die Zulassungsbedingungen keine Gewähr dafür bieten, dass nur Arzneimittel mit therapeutischer Relevanz in den GKV-Markt gelangen. Eine so genannte ‚vierte Hürde', die die Erstattungsfähigkeit eines Medikaments an den Nachweis einer günstigen Nutzen-Kosten-Relation knüpft, könnte jedoch die Wirkung einer solchen Liste auf Dauer ersetzen, wenn auch bereits im Markt befindliche Arzneimittel dieser Prüfung unterzogen werden. Ein Mitglied des Rates plädiert unabhängig davon für eine generelle Positivliste. Zudem können im Rahmen von integrierter Versorgung oder als Wettbewerbsparameter einzelner Kassen dezentrale Positivlisten ein geeignetes Instrument für eine qualitativ hochwertige und kosteneffektive Arzneimittelversorgung darstellen. Solche Listen, mit denen im stationären Bereich gute Erfahrungen gemacht wurden, sollten jedoch immer im Sinne eines ‚*bottom up*'-Ansatzes von den betroffenen Ärzten mitentwickelt werden und ein Abweichen von den Listen in begründeten Ausnahmefällen ermöglichen.

957. Integrierte Versorgung bietet die Möglichkeit, das Verordnungsverhalten besser zu steuern und Anreize zu kostenintensiveren Ausweichstrategien zu mindern. In diesem Kontext geht es nicht darum, die Ausgaben für Arzneimittel unbedingt abzusenken, jedoch versprechen die unterschiedlichen Ansätze integrierter Versorgung sowie die Disease Management-Programme eine insgesamt höhere Qualität und Kosteneffektivität in der Gesundheitsversorgung. Es besteht noch erheblicher Forschungsbedarf bezüglich des Zusammenspiels der zahlreichen Anreizinstrumente bei der Etablierung, Ausgestaltung und Umsetzung integrierter Versorgung sowie ihrer Auswirkungen nicht nur auf die Ausgaben für Arzneimittel, sondern insbesondere auf die Gesundheit und Zufriedenheit der Patienten. In diesem Zusammenhang empfiehlt sich eine umfassende und zeitnahe Evaluation dieser Konzepte. Eine weitere Förderung integrierter Versorgung kann durch die vorgeschlagenen Vertragsverhandlungen zwischen Pharmaunternehmen und Kassen entstehen.

958. Zuzahlungen zu Gesundheitsleistungen durch den Patienten besitzen eine fiskalische und eine steuernde Funktion. Sie sollen die überflüssige Inanspruchnahme von Leistungen reduzieren und die Kostenträger im Gesundheitswesen fiskalisch entlasten. Das GKV-Modernisierungsgesetz führte zu einer Entlastung der Ausgaben der GKV für Arzneimittel durch eine Erhöhung der direkten Zuzahlung zu Arzneimitteln und durch Veränderungen bei der Verordnungsfähigkeit. In die gleiche Richtung wirkte die Einführung der Praxisgebühr, denn dadurch nahm die Zahl der Arztbesuche und damit (als Folgeerscheinung) auch die Zahl der Verordnungen ab. Empirische Untersuchungen sollten die Auswirkungen dieser Regelungen auf die Gesundheit der Patienten – insbesondere unter Berücksichtigung der sozialen Schicht – begleiten. Erste Zahlen deuten an, dass sozial schwächer gestellte Patienten die Zahl ihrer Arztbesuche stärker einschränken als Mitglieder anderer Gruppen. Ein Verschleppen von Erkrankungen könnte zukünftig zu höheren Kosten der Gesundheitsversorgung führen. Auch Substitutionseffekte bei einzelnen Indikationen hin zu verordnungsfähigen Arzneimitteln sollten kritisch beobachtet werden. Auf Patientenseite würden die Anreize für den Kauf eines kostengünstigen Präparates gestärkt, wenn an die Stelle der Zuzahlungsuntergrenze von 5 € eine prozentuale Beteiligung tritt, d. h. der Patient generell 10 % des Abgabepreises trägt. Eine Anpassung der Zuzahlungsobergrenze (z. Z. 10 € pro erstattungsfähigem Medikament) kann dabei Aufkommensneutralität gewährleisten. Bei Arzneimitteln, die nicht der so genannten Preisbindung der zweiten Hand unterliegen, entsteht

ein zusätzlicher Anreiz, Preise zwischen Apotheken zu vergleichen.

Beeinflussung des Verordnungsverhaltens durch die Pharmaindustrie

959. Forschende Pharmaunternehmen investieren erhebliche Aufwendungen in Forschung und Entwicklung. Die Entwicklung eines *new chemical entity* dauert ca. 10 bis 12 Jahre. Die Entwicklungskosten betragen nach Herstellerangaben bis zu 800 Mio. US $ in Preisen von 2000. Andere Berechnungen gelangen zu Größenordnungen von 240 Mio. US $. Sowohl Entwicklungsdauer als auch Kosten liegen im Durchschnitt aller neu auf den Markt kommenden Präparate wesentlich niedriger, da viele neue Arzneimittel Nachahmerprodukte oder zusätzliche Darreichungsformen von bereits auf dem Markt erhältlichen Medikamenten darstellen. In Deutschland wurden in 2003 lediglich 17 neue Arzneistoffe erstmals in die Therapie eingeführt. Sieben dieser Stoffe gelten als wirklich innovativ, fünf weitere stellen zumindest Verbesserungen gegenüber den vorhandenen Präparaten dar. Strengere Anforderungen an die Zulassung zum Markt und eine längere Dauer des Zulassungsverfahrens erhöhen die Entwicklungskosten. Eine zeitliche Straffung ist nicht nur aus Unternehmer-, sondern auch aus Patientensicht wünschenswert, worunter allerdings die Qualität der Zulassung nicht leiden darf. Die Regulierung sollte mehr als bisher Anreize zur Entwicklung therapeutisch relevanter Innovationen setzen, indem sie die langfristige Planung von wirksamen und kosteneffektiven Medikamenten durch die Zulassung zum GKV-Markt honoriert und die Vermarktung ineffizienter Analogpräparate unattraktiver macht.

960. Für die Profitabilität eines Medikamentssind, vor allem in Bezug auf die Kundenbindung, auch das Produktmarketing und die Werbung entscheidend. Zum Zeitpunkt der Verordnung muss der Arzt Informationen über die Existenz und Wirkungsweise eines Präparates besitzen. Insbesondere bei nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten muss diese Information auch beim Patienten vorliegen. Es überrascht daher nicht, dass pharmazeutische Unternehmen einen ähnlich großen Anteil ihres Umsatzes in Marketing und Werbung investieren wie in Forschung und Entwicklung. Der kostspielige Einsatz von Pharmareferenten (*detailing)* und die Ausgaben für das Verteilen von Arztmustern würden reduziert, wenn Ärzte bei der Verordnung verstärkt Wirkstoffe statt Handelsnamen angeben würden, herstellerunabhängige Pharmakotherapieberatung erhielten (s. u.) und Vertragslisten in der ambulanten Versorgung verwandt würden. Weitere Ausgaben entstehen durch *direct-to-consumer-advertising* und Zeitschriftenwerbung. Die hohen Werbeausgaben sind aus Sicht der einzelnen Hersteller rational, aus gesamtwirtschaftlicher Perspektive jedoch zumindest teilweise ineffizient.

Der Einsatz von Marketingstrategien ist in einer Marktwirtschaft das ‚gute Recht' der Hersteller. Der Gesetzgeber sollte jedoch den rechtlichen Rahmen für diese Aktivitäten so organisieren, dass Ärzte und Verbraucher möglichst objektive Information erhalten. Darüber hinaus gilt es, bei Ärzten und Patienten ein Bewusstsein und eine Informationsbasis zu schaffen, um die entsprechenden Herstellerkampagnen kritisch beurteilen zu können. Pharmaunternehmen versuchen – häufig in Kooperation mit der medizinischen Profession – ihre Absatzmöglichkeiten durch die Ausweitung von Krankheitsbegriffen oder Indikationen zu verbreitern.

Endverbraucherwerbung ist in Deutschland nur für nicht verschreibungspflichtige Präparate erlaubt. Dem Beitrag zur Information der Bürger und Patienten steht die Gefahr von verzerrender Verbraucherwerbung gegenüber. Es sprechen insofern gute Gründe für die Beibehaltung der Zurückhaltung bei der Liberalisierung der direkten Verbraucherwerbung für verschreibungspflichtige Pharmaka.

961. Bei der Veröffentlichung der Ergebnisse von Arzneimittelstudien besteht die Tendenz zur selektiven Publikation positiver Studienergebnisse. Dies gilt insbesondere für industriegesponserte Untersuchungen. Die Offenlegung finanzieller Verflechtungen bei der Durchführung und Veröffentlichung von Arzneimittel- und anderen medizinischen Studien dient hier der notwendigen Transparenz. Diese erfordert die weltweite Erfassung von klinischen Studien in Studienregistern und ihre obligatorische – ggf. partielle – Öffnung, solange patentrechtliche Aspekte dem nicht entgegenstehen. Diese Maßnahme gewährleistet verbesserte Informationen für Ärzte und Patienten und hilft, überflüssige Forschung am Menschen zu vermeiden.

Patienten, Ärzte und ihre Interaktionen

962. Die Verordnung eines Arzneimittels ist eine auf den individuellen Patienten und seine besonderen medizinischen und sozialen Bedürfnisse abgestimmte ärztliche Entscheidung. Kosten- und Qualitätsanalysen zeigen große Variationen zwischen verschiedenen Arztpraxen und Regionen auf, die sich allein durch unterschiedliche Morbidität, Alter oder Geschlecht der Patienten nicht erklären lassen. Die bisher ergriffenen regulativen Maßnahmen führten zunehmend zu Beschwerden von Patienten und der niedergelassenen Ärzteschaft. Ärzte sehen im stärker werdenden finanziellen Druck und den zunehmenden bürokratischen Anforderungen eine Bedrohung ihrer ärztlichen Entscheidungsfreiheit und eine Belastung des Verhältnisses zu den Patienten. Diese beklagen häufig, dass ihnen im Rahmen der GKV weniger Arzneimittel verordnet werden als früher. Zukünftig sollte die Unterstützung und Entbürokratisierung der gemeinschaftlichen Entscheidungsfindung von Arzt und Patient im Vordergrund stehen. Dies erscheint eher erreichbar, wenn der bisher dominierende ‚*top-down*'-Ansatz durch eine ‚*bottom-up*'-Komponente ergänzt bzw. teilweise ersetzt wird.

Ein Anliegen einer ‚*bottom-up*'-Strategie ist die verstärkte Einbindung des Patienten in die Therapieentscheidung. Erfahrungen zeigen, dass dies die Compliance verbessert. Qualitativ hochwertige Informationsmöglichkeiten, die für den medizinischen Laien verständlich aufbereitet sind, können zwar Antworten auf spezifische Fragen bestimmter Krankheitsverläufe geben. Hierzu

benötigt der Patient jedoch professionelle Beratung, die angesichts der komplexen Arzneimittelwirkungen nur der Arzt oder Apotheker leisten kann. Die Beteiligung des Patienten an der Therapieentscheidung im Sinne eines ‚*shared decision making*' zielt aber nicht darauf ab, die Entscheidung auf ihn abzuwälzen, sondern nach ausführlicher Diskussion der Arzneimitteltherapie, ihrer Alternativen sowie der erwünschten und unerwünschten Wirkungen in eine gemeinschaftlich vertretene Therapieentscheidung einzumünden.

Dieser Prozess lässt sich gezielt fördern durch:

– Verankerung der Kommunikationskompetenz als zentrales Element der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung,

– finanzielle Anreize für die aktive Kommunikation von Arzt und Patient in der Praxis und

– Einführung des ‚*shared decision making*' als Bestandteil einer systematischen Betrachtung von Praxisqualität.

Angesichts der Dimension der Persistence- und Compliance-Problematik empfiehlt sich ein grundlegender Blickwechsel bei der Arzneimittelverordnung: Compliance und Persistence bilden einen Bestandteil des ärztlichen Auftrags und damit ein Qualitätsmerkmal ärztlicher Behandlung.

963. Informationselektronische Systeme können dazu beitragen, Arzneimittelinteraktionen, Komplikationen und Doppelverordnungen zu vermeiden sowie Compliance und Persistence einer einmal begonnenen Therapie zu fördern. Computerunterstützte Plausibilitätskontrollen und automatisierte Dispensierverfahren einer elektronischen Patientenakte bzw. -karte etc. besitzen das Potenzial, qualitätsverbessernd zu wirken, vor allem wenn sie in einheitliche Systeme münden. Mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte sollte auch eine Vereinheitlichung der hausärztlichen IT- und Softwaresysteme einhergehen. Dies ermöglicht eine Verknüpfung mit pharmakoepidemiologischen Datenbanken, technischen wie fachlichen Update-Funktionen und die Einbindung in das von der EU-Kommission im Rahmen ihres eHealth-Programms geförderte Gesundheitsinformationsnetz.

964. Die elektronische Unterstützung der ärztlichen Verordnungsentscheidung muss unabhängig von Hersteller und Kostenträger erfolgen. Die Entscheidung des Arztes für oder gegen ein Präparat wird häufig auch durch den Aufbau der Praxissoftware gelenkt. Wenn Pharmahersteller solche Software finanziell unterstützen oder sogar vertreiben, erfolgt in den Auflistungen der Arzneimittel meist eine Prioritätensetzung zugunsten der Präparate des Herstellers. Diese Beeinflussung könnte ein Nachweis von entsprechenden Zertifikaten oder TÜV-Siegeln unterbinden. Gleichzeitig ist die Entwicklung einer qualitativ hochwertigen elektronischen Entscheidungsunterstützung bei der Verordnung voranzutreiben, die auf unabhängigen Quellen aufbaut und von den Kassen und KVen zur Verfügung gestellt wird.

965. Den Schnittstellen von stationärem und ambulantem Sektor gilt ebenfalls besondere Aufmerksamkeit. Arzneimittelverordnungen, die im Krankenhaus initiiert werden, sehen häufig Präparate vor, die später im ambulanten Bereich hohe Kosten verursachen. Dies liegt neben Unterschieden im Verordnungsverhalten von Kliniker und niedergelassenem Arzt auch an unterschiedlichen finanziellen Anreizen. Im Krankenhaus muss die Therapie nur für wenige Tage finanziert werden, und es können gerade bei Einführung von neuen, hochpreisigen Medikamenten häufig günstige Verhandlungspreise oder hohe Rabatte erzielt werden. Dies entspricht auch den Marketinginteressen der Hersteller. Ebenso erscheint eine teure Medikation wirtschaftlich vertretbar, wenn sie eine frühzeitige Entlassung ermöglicht. Die Entlassungsmedikation darf jedoch nicht der Verordnung von unwirtschaftlichen Analog- oder Originalpräparaten den Weg bahnen.

Aus den Entlassungspapieren kann der ambulant tätige Arzt, der für die Folgeverordnung mit ihren finanziellen Konsequenzen verantwortlich ist, oft nicht ersehen, warum ein Wechsel oder eine Neueinstellung der Arzneimitteltherapie erfolgt ist und für welchen Zeitraum sich deren Weiterführung empfiehlt. Eine Überprüfung erfordert einen erheblichen Aufwand, wenn die Entlassungsdokumentation nur Handelsnamen, nicht aber die Wirkstoffbezeichnungen enthält. Die klinische Umstellung der Medikation ‚auf den neuesten Stand' erschüttert zudem das Vertrauen des Patienten in die Qualität der bisherigen ambulanten Versorgung, was einen erneuten Wechsel auf wirtschaftlichere Präparate erschwert. Eine Einstellung oder Änderung der Pharmakotherapie im Krankenhaus sollte daher den Hausarzt einbeziehen und ausführlich – unter Angabe der Wirkstoffbezeichnung – in den Entlassungspapieren begründet werden. Bei Neuverordnungen sollte ein zeitlicher oder medizinischer Zielpunkt definiert werden, an dem die Medikation beendet werden kann. Eine enge Zusammenarbeit zwischen Krankenhausapotheke und zuweisenden Ärzten, die eine gemeinschaftlich für das Krankenhaus erstellte Apothekenliste von wirksamen und wirtschaftlichen Präparaten ermöglicht, könnte dem Patienten die gewohnte Darreichungsform erhalten.

Qualitätssicherung der Verordnungsentscheidung

966. Grundsätzlich bilden nach der etablierten Methodik erstellte Leitlinien auch im speziellen Fall der Arzneimitteltherapie wichtige Instrumente, die zur Optimierung der Versorgung beitragen. Ein besonderer Schwerpunkt sollte auf der Entwicklung sektorenübergreifender Leitlinien liegen, die unterschiedliche Bedürfnisse mit Blick auf das Geschlecht, das Alter oder die soziale Lage berücksichtigen. Das bedeutet zum frühestmöglichen Zeitpunkt den Einschluss von Frauen, Kindern, alten und multimorbiden Patienten in die Zulassungsstudien, da in der Regel gerade für diese Patientengruppen keine oder nur unzureichende Daten vorliegen.

967. Die Anwendung der zunehmenden Zahl evidenzbasierter Leitlinien führte zwar zu Verbesserungen im ärztlichen Verordnungsverhalten, ihr Einfluss bleibt aber

weiterhin noch zu gering. Der persönliche Kontakt, insbesondere zu einem angesehenen fachärztlichen oder klinischen Kollegen, erwies sich als weitaus einflussreicher als eine konsentierte Leitlinie. Für den verordnenden Arzt ist entscheidend, dass sich die vielfältigen Informationen und Empfehlungen, die ihn aus unterschiedlichen Quellen erreichen, zu einem stimmigen Gesamtbild formen lassen. Vielfach existiert die Erwartungshaltung, zentral festgelegte Vorgaben allein würden den einzelnen Arzt unverfälscht erreichen und ihn zu einer Änderung seines Verordnungsverhaltens veranlassen (‚*trickle-down-effect*'). Selbst wissenschaftlich unstrittige Leitlinien können jedoch bei alleinigem Vertrauen auf den ‚*top-down*'-Ansatz scheitern (z. B. Hormontherapie in der Menopause, Coxibe, AT-II-Antagonisten u. a.). Um diese häufig beklagte ‚Theorie-Praxis-Lücke' zu schließen, bietet sich die dezentrale Erarbeitung von Leitlinien an, die den allgemeinen Anforderungen der evidenzbasierten Medizin genügen. Diese können dann auch die besonderen Umstände der mehrdimensionalen Entscheidung des ambulant tätigen Arztes berücksichtigen. Umgekehrt müssen Erkenntnisse und Fragestellungen aus der Praxis an spezialisiert forschende Arbeitsgruppen zurückgemeldet werden, um die wissenschaftliche Basis zu verbreitern und auf die Situation in der Praxis anwendbar zu machen (‚*bottom-up*').

968. Den enormen Erfolg des ‚*face-to-face*'-Marketings der Arzneimittelindustrie gilt es auch im Sinne einer qualitativ hochwertigen wie effizienten Medikamentenverordnung nutzbar zu machen. Eine Ausweitung des Beratungsrechts der Kassen nach § 305a SGB V über Fragen der Wirtschaftlichkeit hinaus könnte den Rahmen für eine solche herstellerunabhängige Beratung schaffen. Unter Anwendung kommerzieller Marketingmethoden erhält der Hausarzt benutzerfreundlich und im persönlichen Kontakt mit einem geschulten ärztlichen oder pharmazeutischen Kollegen evidenzbasierte verschreibungsrelevante Informationen.

Eine vom Kostenträger durchgeführte Pharmakotherapieberatung kann auf Grund des vornehmlichen Interesses an Kostenminimierung nicht alle Vorteile einer wirklich unabhängigen und neutralen Beratung bieten. Eine aufsuchende herstellerunabhängige Beratung – in erforderlichen Fällen – würde allerdings der Dominanz der pharmazeutischen Industrie in den Arztpraxen entgegenwirken und die Breite und Qualität des Informationsangebots an den Arzt erheblich verbessern. Grundvoraussetzung für den nachhaltigen Erfolg dieses wie jedes anderen Angebots an den Arzt bleibt, dass er selbst die Beratung als hilfreich und sinnvoll erfährt. Zu diesem Zweck muss gewährleistet sein, dass er sein Verordnungsverhalten mit dem Berater freiwillig, offen und ohne Angst vor späterer Verwendung in einem Regressverfahren diskutieren kann. Dies erfordert eine strikte Trennung zum Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren. Die Teilnahme muss freiwillig sein, auch wenn eine Konzentration auf Hochverordner und Praxen mit überproportionalem Einsparpotenzial auf den ersten Blick attraktiv erscheint.

969. Die Förderung der ärztlichen Qualitätssicherung muss sich an den individuellen Bedürfnissen und Voraussetzungen des einzelnen Arztes orientieren. Das ‚*peer review*'-Verfahren, in dem das kollegiale, evaluierende Gespräch im Vordergrund steht, zeigte sich der leitliniengestützten Fortbildung nach klassischem ‚*top-down*'-Ansatz als überlegen. Auf dieser Grundlage haben sich in Deutschland zunehmend ärztliche Qualitätszirkel etabliert. Mit der bundesweiten Einführung der GKV-Arzneimittel-Schnellinformation für Ärzte (GAmSI-Arzt) steht seit 2003 allen ambulant tätigen Ärzten eine neutrale und aktuelle Übersicht über die eigenen Verordnungsdaten zur Verfügung, die sie zu Vergleichen im zeitlichen Verlauf oder mit Praxen der gleichen Fachrichtung nutzen können. Eine solche individuelle Rückkoppelungallein löst aber meist noch keine Verhaltensänderung aus, vielmehr müssen die Ergebnisse im Kontext der Probleme und Besonderheiten der individuellen Praxis analysiert werden. Hier konnten die Pharmakotherapiezirkel wirkungsvolle Unterstützungsarbeit leisten. Unter Moderation ärztlicher Kollegen werden im interkollegialen, gleichberechtigten Austausch anhand vorliegender Therapieempfehlungen Therapiekonzepte sowie deren Umsetzung diskutiert und abgestimmt. Eine Förderung dieser Fortbildungsform, die sowohl die Qualität als auch die Wirtschaftlichkeit des ärztlichen Verordnungsverhaltens durch dezentralen Ansatz verbessert, könnte Effizienz- und Effektivitätspotenziale auf diesem Gebiet erschließen helfen.

970. Die Informationen, die durch die GKV-Arzneimittel-Schnellinformationen (GAmSI) und den GKV-Arzneimittelindex zur Verfügung stehen, erlauben mittlerweile schnelle, auch regionale Analysen des deutschen Arzneimittelmarktes. Die seit dem 1. Januar 2004 bestehende Möglichkeit, die Verordnungsdaten der Versicherten mit Diagnosedaten zu verbinden und im Längsschnitt zu betrachten, erlaubt valide Einschätzungen zur Über-, Unter- und Fehlversorgung mit Arzneimitteln in Deutschland. Pharmakoepidemiologische Datenbanken, die sich mittlerweile in Nordamerika, Skandinavien, Großbritannien und den Niederlanden etabliert haben, ermöglichen eine personenbezogene und pseudonymisierte Verknüpfung der routinemäßig erhobenen Verordnungs-, Diagnose- und Leistungsdaten. Ein Vergleich des Status quo der Verordnungsweise mit evidenzbasierten Leitlinien kann sowohl die Verordnungsqualität bewerten als auch im zeitlichen Verlauf die Effekte gesundheitspolitischer Maßnahmen erfassen.

Ein entscheidender Vorteil einer pharmakoepidemiologischen Datenbank besteht in der Verbesserung der Arzneimittelsicherheit. Da Fallzahl, Patientenpopulation und Beobachtungsdauer in den Zulassungsstudien begrenzt sind, werden seltene unerwünschte Arzneimittelwirkungen in der Regel erst nach Markteinführung entdeckt. Mit Hilfe einer Datenbank können zeitnah die Inzidenz von unerwünschten Arzneimittelwirkungen und die Höhe des Risikos im Vergleich zu therapeutischen Alternativen bestimmt werden. Auf dieser Grundlage lassen sich schnell und verlässlich die Sicherheit eines Arzneimittels bestätigen oder aber Empfehlungen zur Indikationseinschränkung, Kontraindikationserweiterung oder

Zulassungsrücknahme entwickeln. Die mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) eingeführte Bildung eines Datenpools von pseudonymisierten Daten der GKV stellt einen ersten Schritt zum Aufbau einer pharmakoepidemiologischen Datenbank dar.

Die ‚vierte Hürde' als Instrument zur Verbesserung der Pharmakotherapie

971. Die Strukturkomponente bildete in den letzten Jahren die entscheidende Determinante für das Wachstum der Arzneimittelausgaben in der GKV. Innerhalb dieser Komponente umfasst der Intermedikamenteneffekt, d. h. vorwiegend bzw. per saldo eine Substitution durch teurere Präparate, zum einen die Mehrausgaben für eindeutig Outcomeverbessernde Arzneimittelinnovationen. Dieser Effekt geht aber zum anderen auch auf den verstärkten Einsatz von patentgeschützten Analogpräparaten zurück, die keinen größeren therapeutischen Nutzen stiften als vergleichbare, deutlich preiswertere Medikamente. Die ‚vierte Hürde' zielt darauf ab, die therapeutische Wirksamkeit von Arzneimitteln im Vergleich zu ihren Alternativen zu bewerten und die jeweiligen Nutzendifferenzen bei der Erstattung eines Medikamentes durch die GKV in Ansatz zu bringen.

972. Die ‚vierte Hürde' tritt vornehmlich bei patentgeschützten Arzneimitteln zu der Überprüfung der pharmazeutischen Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit als weiteres Kriterium hinzu. Sie stellt keine Voraussetzung für die Arzneimittelzulassung dar, sondern dient als Informationsgrundlage für die Festlegung des Erstattungsbetrages durch die GKV. In ihrem Rahmen zielen Nutzen-Kosten-Analysen von Medikamenten nicht darauf ab, unter einseitigen Kostenaspekten die Arzneimittelausgaben zu minimieren und damit die Versicherten in der GKV von der Teilhabe am pharmakologischen Fortschritt auszuschließen. Nach den bisherigen Erfahrungen in anderen Ländern dominiert bei solchen Ansätzen und Verfahren nicht das Ziel der Ausgabensenkung, im Mittelpunkt steht vielmehr das Verhältnis zwischen therapeutischer Wirksamkeit und Ressourceneinsatz. Da die Patienten ihre Zahlungsbereitschaft für die von der GKV finanzierten Arzneimittel nicht offenbaren müssen, übernimmt die ‚vierte Hürde' hier die Aufgabe, im Vergleich mit den existierenden Alternativen den (zusätzlichen) therapeutischen Nutzen von bestimmten Arzneimitteln abzuschätzen und mit den jeweiligen Kosten zu konfrontieren.

973. Um sicherzustellen, dass die Nutzen-Kosten-Bewertung nach eindeutigen Kriterien und in einem transparenten Verfahren erfolgt, bietet sich in Weiterentwicklung zu dem Vorschlag des Rates im Addendum zum Jahresgutachten 2000/2001 ein zweistufiges Verfahren an. In der Absicht, die Nutzenbewertung auch organisatorisch von fiskalischen Aspekten zu trennen, bildet die medizinisch-pharmakologische Bewertung des Nutzens eines Arzneimittels im Vergleich zu seinen therapeutischen Alternativen den ersten Teilschritt der ‚vierten Hürde'. Diese Bewertung obliegt einem sachkundigen Gremium von unabhängigen epidemiologischen, medizinischen und pharmakologischen Experten, wobei die Einbeziehung von Patientenvertretern zur Diskussion steht. Die differenzielle Bewertung des (Netto-)Nutzens eines Arzneimittels kann dabei nur nach objektivierten Kriterien erfolgen und damit auch von der subjektiven Einschätzung eines betroffenen Patienten abweichen. Zur Abschätzung des differenziellen Nutzens eines Arzneimittels bedarf es in diesem Kontext keiner detaillierten, kardinalen Messung. Für die Zwecke der ‚vierten Hürde' reicht es aus, zu analysieren, ob ein Arzneimittel im Vergleich mit der besten existierenden Alternative einen geringeren, den gleichen, einen geringfügig verbesserten, einen spürbar höheren oder einen erheblich höheren therapeutischen Nutzen aufweist.

An dem Ergebnis der medizinisch-pharmakologischen Bewertung setzt dann als zweiter Teilschritt der ‚vierten Hürde' die Festlegung der Erstattungsgrenze durch die GKV an. Für diese Entscheidung kommt nur ein entsprechend legitimiertes Gremium in Frage. Im Unterschied zur staatlichen Preisfixierung verbleibt den Unternehmen hier die Möglichkeit einer freien Preisbildung. Sofern der Preis eines Medikamentes die Erstattungsgrenze übersteigt, fällt allerdings für den Patienten eine Zuzahlung der jeweiligen Differenz an. Arzneimittel, die einen spürbar oder erheblich höheren therapeutischen Nutzen stiften, unterliegen keiner Erstattungsgrenze. Entscheidungsprobleme bereiten jene Medikamente, die einen signifikanten, aber nur geringfügigen zusätzlichen Nutzen erzeugen, der sich möglicherweise nur auf Teilbereiche ihres Indikationsspektrums erstreckt. In diesen Fällen bietet es sich an, die Erstattungsgrenze eines solchen Arzneimittels geringfügig oberhalb des bestehenden Festbetrages der benachbarten Gruppe zu setzen oder die Erstattung des Medikamentes über Arzneimittelrichtlinien indikationsspezifisch einzuschränken. Das Verfahren der ‚vierten Hürde€ soll auch auf Arzneimittel angewandt werden, die sich schon im Markt befinden.

974. Die therapeutische Wirksamkeit eines Arzneimittels kann unter Alltagsbedingungen ambulanter Versorgung (‚*effectiveness*') teilweise erheblich von dessen Wirksamkeit unter klinischen Idealbedingungen (‚*efficacy*') abweichen. Da bei der Zulassung und Patenterteilung eines Wirkstoffes aber noch keine Informationen über relevante Unterschiede zwischen *efficacy* und *effectiveness* vorliegen, bedürfen beide Teilschritte der ‚vierten Hürde' im Sinne eines Controlling einer begleitenden Versorgungsforschung. Bestehen Zweifel an der Wirksamkeit eines Arzneimittels unter Alltagsbedingungen, bietet sich für seine Erstattung ohne Begrenzung eine zeitlich limitierte Zulassung in der GKV an. Der Hersteller erhält dann zur Auflage, innerhalb dieses Zeitraumes auch die *effectiveness* seines Medikamentes nachzuweisen. Gelingt dies nicht oder nur teilweise, gilt es zunächst, die Gründe für die unterbliebene Wirksamkeit zu evaluieren und dann die spezifischen Konsequenzen zu ziehen.

975. Die derzeitige gesetzliche Regelung sieht für bestimmte Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen als Erstattungsgrenze einen Festbetrag vor. Ausgenommen bleiben Arzneimittel, die eine therapeutische Verbesserung, auch wegen geringerer unerwünschter Wirkungen, darstellen. Die inhaltliche Konkretisierung obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss, der sich im Unter-

schied zu den Intentionen des ersten Teilschritts der ‚vierten Hürde' allerdings mit politischen Einsparvorgaben konfrontiert sieht. Die derzeitige Regelung weist auch den Nachteil auf, dass sie in Zweifelsfällen im Sinne einer 0/1-Lösung nur eine Einbeziehung in eine Festbetragsgruppe oder eine volle Erstattung des geforderten Preises erlaubt. Diese beiden extremen Lösungen führen bei Arzneimitteln, die im Vergleich zur Standardtherapie nur eine geringfügige und/oder indikationsspezifische therapeutische Verbesserung bewirken, zu unbefriedigenden Entscheidungen. Die zusätzliche Variante einer Erstattungsgrenze, die in Abhängigkeit vom Mehrnutzen des Medikamentes oberhalb des Festbetrages der benachbarten Gruppe liegen kann, vermag ebenso wie indikationsspezifische Differenzierungen (leichte) Schrittinnovationen adäquater einzustufen bzw. monetär zu bewerten.

976. Die Aufgabe einer Nutzenbewertung von Arzneimitteln nimmt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen wahr, das hierzu jedoch einer Beauftragung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss bedarf. Es besteht insofern die Gefahr, dass das Institut nur sehr selektiv solche Aufträge erhält und bei seinen Analysen mittelbar ebenfalls unter fiskalische Zwänge gerät. Die Beurteilung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimitteltherapie setzt neben der Nutzenmessung, die das Gesetz dem Institut explizit überantwortet, aber auch die Einbeziehung der Kostenseite voraus. Unabhängig initiierte und erstellte Nutzen-Kosten-Analysen, vornehmlich von patentgeschützten Analogpräparaten bzw. von Medikamenten mit strittiger therapeutischer Wirksamkeit, können eine Entscheidungshilfe für die Festsetzung der Erstattungsgrenze in der GKV darstellen.

7.11 Literatur

ABDA (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände) (2004): Jahresbericht Eschborn.

ABDA (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände) (2005): Ein Jahr Gesundheitsreform: Arzneimittelausgaben drastisch zurückgegangen. Pressemitteilung 27.1.2005.

Abraham, W.T. and Hayes, D.L. (2003): Cardiac resynchronization therapy for heart failure, Circulation Vol. 108, S. 2596–2603.

AkdÄ (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft) (2004): Newsletter 2004-063 vom 4.10.2004.

AkdÄ (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft) (2005): Newsletter 2005-072 vom 28.2.2005.

Altiner, A., Sielk, M., Düllmann, A., Fiegen, J., Groll, A., Stock, K., Wilm, S. und Brockmann, S. (2004): Auswirkungen des GMG (GKV-Modernisierungs-Gesetz) auf hausärztliche Verordnungen am Beispiel des aktuen Hustens. Z Allg Med, Nr. 80, S. 366–370.

Amabile, C.M. and Spencer, A.P. (2004): Keeping your patient with heart failure safe: a review of potentially dangerous medications. Archives of Internal Medicine, Vol. 164, S. 709–720.

Andres, E., Broge, B., Kaufmann-Kolle, P., Mosbach, S. und Szecsenyi, J. (2004a): Rund um die Pille: „Qualitätszirkel zur Pharmakotherapie" – rund 800 Teilnehmer bewerten die erste Projektrunde in Niedersachsen positiv. Niedersächsisches Ärzteblatt, Heft 10, S. 64–66.

Andres, E., Broge, B., Kaufmann-Kolle, P., Mosbach, S. und Szecsenyi, J. (2004b): Bisher größtes Projekt „Hausärztliche Qualitätszirkel zur Pharmakotherapie" in Hessen konnte erfolgreich abgeschlossen werden: Eine Betrachtung aus Sicht der teilnehmenden Ärzte. Hessisches Ärzteblatt, Heft 65(8), S. 446–450.

Angell, M. (2004): The truth about the drug companies: how they deceive us and what to do about it. New York.

Association Internationale de la Mutualité, Hrsg. (2003): Neue Arzneimittel: Nutzenmessung und -bewertung im europäischen Vergleich, Internationale Konferenz der AIM Athen, 21. März 2003, Brüssel.

Avorn, J. and Solomon, D. H. (2000): Cultural and economic factors that (mis)shape antibiotic use: the nonpharmacologic basis of therapeutics. Annals of Internal Medicine, Vol. 133(2), S. 128–135.

Avorn, J. und Soumerai, S.B. (1983): Improving drug-therapy decisions through educational outreach. A randomized controlled trial of academically based „detailing". New England Journal of Medicine, Vol. 308, S. 1457–1463.

BAH (Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V.) (2004): Der Arzneimittelmarkt. In: Deutschland in Zahlen 2003 – Verordnungsmarkt und Selbstmedikation – ‚Bonn.

Bahrs, O., Gerlach, F.M., Szecsenyi, J. und Andres, E. (2001): Ärztliche Qualitätszirkel, Köln.

Baines, D.L. and Parry, D.L. (2000): Analysis of the ability of the new needs adjustment formula to improve the setting of weighted capitation prescribing budgets in English general practice. British Medical Journal, Vol. 320, S. 288–290.

Baker, E., Newnes, C. and Myatt, H. (2003): Drug companies and clinical psychology. Ethical Human Sciences and Services, Vol. 5 (3), S. 247–253.

Bero, L.A., Galbraith, A. and Rennie, D. (1992): The publication of sponsored symposiums in medical journals. The New England Journal of Medicine, Vol. 327, S. 1135–1140.

BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) (2005): Presseerklärung 16/04 des BfArM vom 20. Dezember 2004, Bonn.

Bhandari, M., Busse, J.W., Jackowski, D., Montori, V.M., Schünemann, H., Sprague, S., Mears, D., Schemitsch, E.H., Heels-Ansdell, D. and Devereaux, P.J. (2004): Association between industry funding and statistically significant pro-industry findings in medical and surgical randomized trials. Canadian Medical Association Journal, Vol. 170 (4), S. 477–480.

Bjerrum, L., Boada, A., Cots, J.M., Llor, C., Fores Garcia, D., Gahrn-Hansen, B.and Munck, A. (2004): Respiratory tract infections in general practice: considerable differences in prescribing habits between general practitioners in Denmark and Spain. European Journal of Clinical Pharmacology, Vol. 60, S. 23–28.

Bjerrum, L., Søgaard, J., Hallas, J. and Kragstrup J (1999): Polypharmacy in general practice: differences between practitioners. British Journal of General Practice, Vol. 49, S. 195–198.

Blech, J. (2003): Die Krankheitserfinder. Wie wir zu Patienten gemacht werden, Frankfurt.

Blech, J. (2004): Krankheiten, die der Himmel schickt. Der Spiegel, Heft 32, S. 130–132.

Böcken, J., Braun, B. und Schnee, M. (Hrsg.) (2003): Gesundheitsmonitor 2003, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.

Bohm, S., Gothe, H., Häussler, B., Reschke, P., Sperzel, G. und Matteucci Gothe, R. (2002): Benchmarking von Arzneimittelausgaben: Systematische Darstellung und Quantifizierung verzerrender Einflussfaktoren. Schriftenreihe Strukturforschung im Gesundheitswesen, Bd. 28, Berlin.

Bonaccorso, S.N. and Sturchio, J.L. (2002): Direct to consumer advertising is medicalising normal human experience. British Medical Journal Vol. 321, S. 910–911.

Bopp, A. und Herbst, V. (2004): Handbuch Medikamente. Vom Arzt verordnet – Für Sie bewertet, Stiftung Warentest, Berlin.

Borgers, D. (2002): Die Ökonomie der Statine als öffentliches Gut. Zeitschrift für Allgemeinmedizin, Bd. 78, S. 1-4.

Bovensiepen, N. (2004): In Trippelschritten zur Revolution. Süddeutsche Zeitung, Nr. 272, 23. November 2004.

Bowers, L., Callaghan, P., Clark, N. and Evers, C. (2004): Comparisons of psychotropic drug prescribing patterns in acute psychiatric wards across Europe, European Journal of Clinical Pharmacology, Vol. 60, S. 29–35.

BPI (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.) (2003): Pharma-Daten 2003, Berlin.

BPI (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.) (2004): Pharma-Daten 2004, Berlin.

Bradley, C.P. (1991): Decision making prescribing patterns – a literature review. Family Practice, Vol. 8, S. 276–287.

Bradley, C.P. (1992): Factors which influence the decision whether or not to presribe: the dilemma facing general practitioners. British Journal of General Practice, Vol. 42, S. 454–458.

Buerkle, M.A., Lehrer, S., Sohn, H.Y., Conzen, P., Pohl, U., Krotz, F. (2004): Selective inhibition of cyclooxygenase-2 enhances platelet adhesion in hamster arterioles in vivo, Circulation, Vol. 110, S. 2053–2059.

Bundesverband der Betriebskrankenkassen (2003): Evaluation der BKK-Pharmakotherapieberatung in Kooperation mit der KV Nordrhein – Erste bis dritte Beratungswelle, Essen.

Butzlaff, M., Floer, B. and Isfort, J. (2003): ‚Shared decision making': Der Patient im Mittelpunkt von Gesundheitswesen und Praxisalltag? In: Böcken, J., Braun, B., Schnee, M. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2003, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, S. 41–55.

Calfee, J. E. (2003): What do we know about direct-to-consumer advertising of prescription drugs? Health Affairs, Web Exclusive, W3-117, www.healthaffairs.org.

Carthy, P., Harvey, I., Brawn, R., Watkins, C. (2000): A study of factors associated with cost and variation in prescribing among GPs. Family Practice, Vol. 17, S. 36–41.

Cassels, A., Hughes, M.A., Cole, C., Mintzes, B., Lexchin, J., and McCormack, J.P. (2003): Drugs in the news: an analysis of Canadian newspaper coverage of new prescription drugs. Canadian Medical Association Journal, Vol. 168, S. 1133–1137.

Caudill, T.S., Johnson, M.S., Rich, E.C., McKinney, W.P.(1996): Physicians, pharmaceutical sales representatives, and the cost of prescribing. Archive of Family Medicine, Vol. 5, S. 201–206.

Chan, A.-W., Hróbjartsson, A., Haahr, M.T., Gøtzsche, P.C., and Altman, D.G. (2004): Empirical evidence for selective reporting of outcomes in randomized trials. Comparison of protocols to publishes articles. Journal of the American Medical Association, Vol. 291, S. 2457–2465.

Chan, M., Nicklason, F. and Vial, J.H. (2001): Adverse drug events as a cause of hospital admission in the elderly. Internal Medicine Journal, Vol. 31, S. 199–205.

Chernew, M., Cowen, M.E., Kirking, D.M., Smith, D.G., Valenstein, P. and Fendrick, A.M. (2000): Pharmaceutical Cost Growth und Capitation: A case study. Health Affairs, Vol. 19, Nr. 6, S 266–276.

Cho, M.K. and Bero, L.A. (1996): The quality of drug studies published in symposium proceedings. Annals of Internal Medicine, Vol. 124, S. 485-489.

Cleland, J.G., Cohen-Solal, A., Aguilar, J.C., Dietz, R., Eastaugh, J., Follath, F., Freemantle, N., Gavazzi, A., van Gilst, W.H., Hobbs, F.D., Korewicki, J., Madeira, H.C., Preda, I., Swedberg, K. and Widimsky, J. (2002): Management of heart failure in primary care (the IMPROVEMENT of heart failure programme): an international survey. Lancet, Vol. 360, S. 1631–1639.

Cochrane Netzwerk Deutschland (2004): Registrierung klinischer Studien. Rundbrief Nr. 12, Dezember 2004, S. 2–3.

Coscelli, A. (2000): The importance of doctors' and patients' preferences in the prescription decision. Journal of Industrial Economics, Vol. 48, S. 349–369.

Dahlof, B., Devereux, R.B., Kjeldsen, S.E., Julius, S., Beevers, G., de Faire, U., Fyhrquist, F., Ibsen, H., Kristiansson, K., Lederballe-Pedersen, O., Lindholm, L.H., Nieminen, M.S., Omvik, P., Oparil, S. and Wedel, H. (2002): Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomised trial against atenolol. Lancet, Vol. 359, S. 995–1003.

Damoiseaux, R.A.M.J., de Melker, R.A., Ausems, M.J.E., and van Balen, F.A.M. (1999) : Reasons for non-guideline-based antibiotic prescriptions for acute otitis media in The Netherlands. Family Practice, Vol. 16, S. 50–53.

Danzon, P., Epstein, A. and Nicholson, S. (2004): Mergers and acquisitions in the pharmaceutical and biotech industries. University of Pennsylvania, Working paper.

DECODE Study Group (2001): Glucose tolerance and cardiovascular mortality: comparison of fasting and 2-hour diagnostic criteria. Archives of Internal Medicine, Vol. 161, S. 397–405.

DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) (1999) (Autoren: Gerlach, F.M., Abholz, H.-H., Berndt, M., Beyer, M., Fischer, G.C., Helmich, P., Hummers-Pradier, E., Kochen, M.M. und Wahle, K.): Konzept zur Entwicklung, Verbreitung, Implementierung und Evaluation von Leitlinien für die hausärztliche Praxis, Hannover.

Delnoij, D. and Brenner, G. (2000): Importing budget systems from other countries: what can we learn from the German drug budget and the British GP fundholding? Health Policy, Vol. 52, S. 157–169.

Dengler, H.J. (1997): Die Medizin im Spiegel der Therapie, in: Lasch, H.G. und Maerkel, R. (Hrsg.): Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin. Die Reden ihrer Vorsitzenden 1982 bis 1996, Stuttgart.

Denig, P., Haaijer-Ruskamp, F.M., and Zijsling, D. H. (1988): How physicians choose drugs. Social Science and Medicine, Vol. 27, S 1381–1386.

Deutscher Generikaverband (2004): „Sind Generika in Deutschland zu teuer?“ Anmerkungen des Deutschen Generikaverbandes zu der vom Verband der forschenden Arzneimittelhersteller (VFA) in Auftrag gegebenen Datenanalyse von IMS Health, in: Generika, 1. Jg., Oktober 2004, Ausgabe 1, S 4–8.

Deutsches Ärzteblatt (2001): „Arzneimittel-Recycling“, Illegales Sparmodell. Heft 8, S. A424.

Deveugele, M., Derese, A., van den Brink-Muinen, A., Bensing, J. and De Maeseneer, J. (2002): Consultation length in general practice: cross sectional study. British Medical Journal, Vol. 325, S. 472–474.

DeWilde, S., Carey, I.M., Bremner, S.A., Richards, N., Hilton, S.R. and Cook, D.G. (2003): Evolution of statin prescribing 1994-2001: a case of agism but not of sexism. Heart, Vol. 89, S. 417–421.

Dietrich, E.S. (2002): Grundlagen der Pharmakoepidemiologie und Pharmaökonomie, Eschborn.

DiMasi, J.A., Hansen, R.W. and Grabowski, H.G. (2003): The price of innovation: new estimates of drug development costs. Journal of Health Economics, Vol. 22, S: 151–185.

DiMasi, J.A., Hansen, R.W., Grabowski, H.G. and Lasagna, L. (1991): Cost of innovation in the pharmaceutical industry. Journal of Health Economics, Vol. 10, S. 107–142.

Dissmann, W. und de Ridder, M. (2002): The soft science of German cardiology. Lancet, Vol. 359, S. 2027–2029.

Djulbegovic, B., Lacevic, M., Cantor, A., Fields, K.K., Bennett, C.L., Adams, J.R., Kuderer, N.M. and Lyman, G.H. (2000): The uncertainty principle and industry-sponsored research. Lancet, Vol. 356, S. 635–638.

Doust, J. and DelMar, C. (2004): Why do doctors use tratments that do not work? British Medical Journal, Vol. 328, S. 474–475.

Dranove, D., Hughes, E.F.X. and Shanley, M. (2003): Determinants of HMO Formulary Adoption Decisions, Health Services Research Vol. 38, Part I, S. 169–190.

EFPIA (European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations), IFPMA (International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations), JPMA (Japanese Pharmaceutical Manufacturers Association), PhRMA (Pharmaceutical Research and Manufacturers of America) (2005): Joint position on the disclosure of clinical trial information via clinical trial registries and databases. 6 January 2005.

Englund, L., Tibblin, G. and Svärdsudd, K. (2000): Variations in sick-listing practice among male and female physicians of different specialities based on case vignettes. Scandinavian Journal of Primary Health Care, Vol. 18, S 48–52.

Escarce, J.J., Kapur, K., Joyce, G.F. and Van Vorst, K.A. (2001): Medical Care Expenditures Under Gatekeeper and Point-of-Service Arrangements.Health Services Research, Vol. 36:6, S. 1037–1057.

Eschenhagen, T. (2004): Alle Coxibe schlecht fürs Herz?, CardioNews, Ausgabe 10, S. 4.

Ess, S.M., Schneeweiss, S., and Szucs, T.D. (2003): European healthcare policies for controlling drug expenditure. Pharmacoeconomics, Vol. 1, S. 9–103.

EUROASPIRE I and II Group (2001): Clinical reality of coronary prevention guidelindes: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries. Lancet, Vol. 57, S. 95–1001.

Europa-Kontakt e.V. (2004): EU Informationsbrief Gesundheit 3/4, S: 39–40.

Faich, G.A. (1996): US adverse drug reaction surveillance 1989-1994. Pharmacoepidemiological Drug Safety, Vol. 5, S. 393–398.

Fairhurst, K. and Huby, G. (1998): From trial data to practical knowledge: qualitative study of how general practitioners have accessed and used evidence about statin drugs in their management of hypercholesterolaemia. British Medical Journal, Vol. 317, S. 1130–1134.

Families USA (2002): Profiting from Pain: Where Prescription Dollars Go. Families USA Publication No. 02-105.

Ferber, L., von; Köster, I. und Celayir-Erdogan, N. (2003): Türkische und deutsche Hausarztpatienten – Erkrankungen, Arzneimittelerwartungen und Verordnungen. Gesundheitswesen, Vol. 64, S. 304–311.

Fischer, G.C., Breull, A., Gorenoi, V. and Wagner, H.P. (2000): Prescribing lipid-lowering drugs in general practice: influencing factors and barriers, International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics, Vol. 38, S. 365.

Frank, R.G. (2003): New estimates of drug development costs (Editorial). Journal of Health Economics. Vol. 22, S. 325–330.

Franke, A., Elsesser, K., Sitzler, F., Algermissen, G. und Kötter, S. (1998): Gesundheit und Abhängigkeit bei Frauen: Eine salutogenetische Verlaufsstudie, Cloppenburg.

Fricke, U. (2000): Arzneimittelinnovationen – Neue Wirkstoffe: 1978–1999. Eine Bestandsaufnahme, in: Klauber, J., Schröder, H. und Selke, G.W. (Hrsg.): Innovationen im Arzneimittelmarkt, Berlin.

Fricke, U. und Günther, J. (2001): Methodik der ATC-Klassifikation und DDD-Festlegung für den deutschen Arzneimittelmarkt. Bonn.

Fricke, U. und Schwabe, U. (2004): Neue Arzneimittel, in: Schwabe, U. u. Paffrath, D. (Hrsg.) (2004): Arzneiverordnungs-Report 2004, Berlin.

Furler, J.S., Harris, E., Chondros, P., Powell Davies, P.G., Harris, M.F., and Young, D.Y.L. (2002): The inverse care law revisited: impact of disadvantaged location on accessing longer GP consultation times. Medical Journal of Australia, Vol. 177, S. 80–83.

Gahart, M.T., Duhamel, L.M., Dievler, A. and Price, R. (2003): Examining the FDA's oversight of direct-to-consumer advertising. Health Affairs – Web Exclusive, W3-120-123. www.healthaffairs.org

Gambardella, A., Orsenigo, L. and Pammolli, F. (2000): Global Competitiveness in Pharmaceuticals. A European Perspective. Report prepared for the Directorate General Enterprise of the European Commission, Brüssel

Garbe, E. und Müller-Oerlinghausen, B. (1998): Datenbanken im Ausland für die Arzneimittelforschung nach der Zulassung. Ein Modell auch für Deutschland? Deutsches Ärzteblatt, Vol. 49, S. 3138–3143.

Gemeinsamer Bundesausschuß (2004): Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinien/AMR). www.g-ba.de.

Glaeske, G (2004): Die Begründung für gesundheitsökonomische Evaluationen von Arzneimitteln, in: Glaeske, G. und Albring, M. (Hrsg.): Die Vierte Hürde – Effizienz und Effektivität der Arzneimitteltherapie, München, S. 43–78.

Glaeske, G. (2003): Mehr Rationalität, Qualität und Effizienz in der Arzneimittelversorgung. Für eine „vierte Hürde" bei der GKV-Zulassung von Medikamenten. Soziale Sicherheit, Ausgabe 3/2003, S. 91–95.

Glaeske, G. (2002): Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme des Versorgungssystems, in: Hurrelmann, K. und Kolip, P. (Hrsg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich, Bern.

Glaeske, G. und Berlit, P. (Hrsg.) (1999): Arzneimitteltherapie außerhalb der Regelversorgung, München.

Glaeske, G. und Dierks, C (Hrsg.) (2002): Off-Label-Use, Weichenstellung nach dem BSG-Urteil 2002, München.

Glaeske, G. und Janhsen, K. (2004): GEK-Arzneimittel-Report 2004. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2002–2003. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 29. Bremen.

Glaeske, G., Gothe, H., Häussler, B., Höer, A. und von Zahn, J. (2003): Medizinische und ökonomische Aspekte der Versorgung des Ulcus pepticum in Deutschland. Abschlußbericht. Bremen/Berlin.

Glaeske, G., Klauber, J., Lankers, C. und Selke, G. (2002): Stärkung des Wettbewerbs in der Arzneimittelversorgung zur Steigerung von Konsumentennutzen, Effizienz und Qualität. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS). Bonn.

Greß, S., Niebuhr, D., Rothgang, H. und Wasem, J. (2004): Verfahren und Kriterien zur Konkretisierung des Leistungskatalogs in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Journal of Public Health, Vol. 12, S. 32–42.

Grol, R., Wensing, M., Mainz, J., Ferreira, P., Hearnshaw, H., Hjortdahl, P., Olesen, F., Ribacke, M., Spenser, T. and Szecsenyi, J. (1999): Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP). Family Practice, Vol. 16, S. 4–11.

Großkopf, A. (2004): Geht es nur um die Wahrheit? Deutsches Ärzteblatt, Jg. 101, S. C1561–1562.

Guillausseau, P.J. (2003): Influence of oral antidiabetic drugs compliance on metabolic control in type 2 diabetes. A survey in general practice, Diabetes and Metabolism, Vol. 29, S. 79–81.

Handelsblatt (2005): Pharmabranche hofft auf Ende des Wettlaufs im Außendienst. Nr. 31, 14.2.2005, S. 12.

Harder, S., Fischer, P., Krause-Schäfer, M., Ostermann, K., Helms, G., Prinz, H., Hahmann, M., Baas, H. (2005): Structure and markers of appropriateness, quality and performance of drug treatment over a 1-year period after hospital discharge in a cohort of elderly patients with cardiovascular diseases from Germany. European Journal of Clinical Pharmacology, Vol. 60, S. ´797–805

Hasdai, D., Behar, S., Wallentin, L., Danchin, N., Gitt, A.K., Boersma, E., Fioretti, P.M., and Simoons, M.L., Battler, A. (2002): A prospective survey of the characteristics, treatments and outcomes of patients with acute co-

ronary syndromes in Europe and the Mediterranean basin; the _ Heart Survey of Acute Coronary Syndromes (Europa Heart Survey ACS), European Heart Journal, Vol. 15, S. 1190–1201.

Hasenbein, U., Wallesch, C.W. und Räbiger, J. (2003): Ärztliche Compliance mit Leitlinien. Ein Überblick vor dem Hintergrund der Einführung von Disease-Management-Programmen. Gesundheitökonomie und Qualtitätsmanagement, Vol. 8, S. 363–375.

Hasford, J., Schubert, I., Garbe, E., Dietlein G. und Glaeske, G. (2004): Memorandum zu Nutzen und Notwendigkeit Pharmakoepidemiologischer Datenbanken in Deutschland, München.

Hassell, K., Atella, V., Schafheutle, E.I., Weiss, M.C. and Noyce, P.R. (2003): Cost to the patient or cost to the healthcare system? Which one matters the most for GP prescribing decisions? European Journal of Public Health, Vol. 13, S. 18–23.

Hauner, H., Köster, I. und Ferber, L. v. (2003a): Prävalenz des Diabetes mellitus in Deutschland 1998–2001. Deutsche Medizinische Wochenschrift, Heft 128, S. 2632–2638.

Hauner, H., Köster, I. und Ferber, L. v. (2003b): Ambulante Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus im Jahr 2001. Deutsche Medizinische Wochenschrift, Heft 128, S. 2638–2643.

Häussler, B., Gothe, H., Reschke, P., Höer, A., Hagenmeyer, E.G., Ryll, A. und Hempel, E. (2002): Analog-Wirkstoffe im Arzneimittelmarkt: Therapeutischer Nutzen und Bedeutung für die Ausgaben der Krankenversicherungen. Berlin.

HealthEcon AG (2003): Die Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln als Instrument der Gesundheitspolitik. Erfahrungen aus Australien, Kanada und dem Vereinigten Königreich, Basel. http://www.pfizer.de/x/pdf/news/Huerde-Flyer.pdf (zuletzt aufgerufen 19.4.2005).

Hellerstein, J.K. (1998): The importance of the physician in the generic versus trade-name prescription decision. RAND Journal of Economics, Vol. 29, No.1, S. 108–136.

Heubner, W. (1931): Arznei als Wert, Antrittsvorlesung in Heidelberg vom 29. Dezember 1930, Berlin.

Hillman, A.L., Pauly, M.V., Escarce, J.J., Ripley, K., Gaynor, M., Clouse, J. and Ross, R. (1999): Financial Incentives and Drug Spending in Managed Care. Health Affairs, Vol. 18(2), S. 189–200.

Himmel, W., Kochen, M.M., Sorns, U., and Hummers-Pradier, E. (2003): Drug changes at the interface between primary and secondary care. International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics, Vol. 42, S. 103–109.

Himmel, W., Lönker, B., and Kochen, M.M. (1998): Non-formulary drug requests at an academic hospital in Germany – the role of general practitioners‘ long-term medication. European Journal of Clinical Pharmacology, Vol. 54, S. 41–46.

Hirsch, L. (2004): Randomized clinical trails: What gets published, and when? Canadian Medical Association Journal, Vol. 170, S. 481–483.

Hodges, B. (1995): Interactions with the pharmaceutical industry: experiences and attitudes of psychiatry residents, interns, and clerks. Canadian Medical Association Journal, Vol. 153, S. 553-559.

Hollis, S. und Campbell, F. (1999): What is meant by intention to treat analysis? Survey of published randomised controlled trials. British Medical Journal, Vol. 319, S. 670–674.

Hueb, W., Soares, P.R., Gersh, B.J., Cesar, L.A.M., Luz, P.L., Puig, L.B., Martinez, E.M., Oliveira, S.A. and Ramires, J.A.F. (2004): The medicine, angioplasty, or surgery study (MASS-II): a randomized, controlled clinical trial of three therapeutic strategies for multivessel coronary artery disease: One-year results. Journal of the American College of Cardiology, Vol. 43, S. 1743–1751.

Hulley, S., Grady, D., Bush, T., Furberg, C., Herrington, D., Riggs, B. and Vittinghoff, E. (1998): Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary-artery atherosclerosis. New England Journal of Medicine, Vol. 343, S. 522–529.

Hurrelmann, K. und Kolip, P. (Hrsg.) (2002): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich., Bern.

Hutchinson, J.M. and Foley, R.N. (1999): Method of physician remuneration and rates of antibiotic prescription. Canadian Medical Association Journal, Vol. 160(7), S. 1013–1017.

Hutton, J., Borowitz, M., Oleksy, I. and Luce, B.R. (1994): The pharmaceutical industry and health reform: Lessons from Europe. Health Affairs, Vol. 13(3), S. 98–111.

Iliffe, S. (2003): The failure of fund-holding in Britain’s National Health Service. Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 38, S. 63–72.

IMS Health (2002): Retail Drug Monitor: 12 months to Jan 2002 (http://open.imshealth.com/download/jan2002.pdf).

IMS Health (2003): Retail Drug Monitor: 12 months to Jan 2003 (http://open.imshealth.com/ download/jan2003.pdf).

IMS Health (2004): Internationaler Preisvergleich für Generika für den Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V.

Ioannidis, J.P. (1998): Effect of the statistical significance of results on the time to completion and publication of randomized efficacy trials. Journal of the American Medical Association, Vol. 279, S. 281-286.

ISDB (International Society of Drug Bulletins) EU (2005): Berliner Deklaration zur Pharmakovigilanz, Berlin, Januar 2005.

Jacobzone, S. (2000): Pharmaceutical policies in OECD countries: Reconciling social and industrial goals. Labour market and social policy – Occational Papers No. 40. OECD.

Julius, S., Kjeldsen, S.E, Weber, M., Brunner, H.R., Ekman, S., Hansson, L., Hua, T., Laragh, J., McInnes, G.T., Mitchell, L., Plat, F., Schork, A., Smith, B. and Zanchetti, A. (2004): Outcomes in hypertensive patients at high cardiovascular risk treated with regimens based on valsartan or amlodipine: the VALUE randomised trial. Lancet, Vol. 363, S. 2022–2027.

Kaesbach, W. (2004): Gesundheitspolitik, Die BKK, 92. Jg., Dezember, S. 531–537

Kaiser Family Foundation (2003): Impact of direct-to-consumer advertising on prescription drug spending. www.kff.org/rxdrugs/6084-index.cfm.

Kasje, W.N., Timmer, J.W., Boendermaker, P.M. and Haaijer-Ruskamp, F.M. (2002): Dutch GPs` perceptions: the influence of out-of-pocket costs on prescribing. Social Science & Medicine, Vol. 55, S. 1571–1578.

Keller, A., Krause, H., Schaeffer, D. und Schmidt-Kaehler, S. (2004): Ergebnisse zur Evaluation der Modellprojekte im Modellverbund des § 65b SGB V – Modellportraits. Materialband der wissenschaftlichen Begleitforschung für die Spitzenverbände der GKV, Bielefeld.

Kelly, P. (2004): DTC advertising's benefits far outweigh its imperfections. A drug industry executive supports this growing practice. Health Affairs, web exclusive, W4-246-248, www.healthaffairs.org

Kienzle, H.-F. (2004): Fragmentierung der Arzt-Patienten-Beziehung durch Standardisierung und Ökonomisierung. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Vol. 98, S. 193–199.

Kjaergard, L.L. and Als-Nielsen, B. (2002): Association between competing interests and authors' conclusions: epidemiological study of randomised clinical trials published in the BMJ. British Medical Journal, Vol. 325, S. 249–252.

Klauber, J. und Selke, G.W. (2005): Die Kostenbremse. Gesundheit und Gesellschaft, Ausgabe 1/2005, S. 28–33.

Klauber, J., Schröder, H. und Selke, G.W. (Hrsg.) (2000): Innovation im Arzneimittelmarkt. Berlin.

Klose, G. und Schwabe, U. (2004): Lipidsenkende Mittel., in: Schwabe, U. und Paffrath, D (Hrsg): Arzneiverordnungsreport 2004, S. 641–658.

Koch, K. (2001): Millionen für die Meinungsbilder. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 98, Heft 39, A2484–A2486.

Koch, K. (2004): Verschweigen ist Betrug. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 101, S. C1365.

Koelz, H.R. und Beat, M. (2004): Nichtsteroidale Antirheumatika, Magenschutztherapie oder COX-2-Hemmer? Deutsches Ärzteblatt, Heft 45, S. A3041–3046.

Kolip, P. (Hrsg.) (2000): Weiblichkeit ist keine Krankheit. Weinheim.

Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2003): Die pharmazeutische Industrie Europas zum Wohl der Patienten stärken: was zu tun ist. KOM(2003)383.

Korzilius, H. (2004): Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit. Horrorszenario oder „zahnloser Tiger"? Deutsches Ärzteblatt, Jg. 101, S. 1372–1373.

Kruse, A. und Schmitt, E. (2002): Gesundheit und Krankheit im hohen Alter, in: Hurrelmann, K. u. Kolip, P. (Hrsg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich, Bern.

Lagerløv, P., Veninga, C.C.M., Muskova, M., Hummers-Pradier, E., Stålsby Lundborg, C., Andrew, M., Haaijer-Ruskamp, F.M. on behalf of the Drug Education Project (DEP) group (2000): Asthma management in five European countries: doctors' knowledge, attitudes and prescribing behaviour. European Respiratory Journal, Vol. 15, S. 25–29.

Lauterbach, K.W. und Volmer, T. (Hrsg.) (2002): Arzneimitteltherapie – Über-, Unter- und Fehlversorgung, Stuttgart/New York.

Law, M.R., Wald, N.J., Morris, J.K. and Jordan, R.E. (2003): Value of low-dose combination treatment with blood pressure lowering drugs: analysis of 354 randomised trials, British Medical Journal, Vol. 326, S. 1427–1436.

Lexchin, J. (1997): What information do physicians receive from pharmaceutical representatives? Canadian Family Physician, Vol. 43, S. 941–945.

Lexchin, J. (1998): Improving the appropriateness of physician prescribing. International Journal of Health Services, Vol. 28, Nr. 2, S. 253–267.

Lexchin, J., Bero, L.A., Djulbergovic, B. and Clark, O. (2003): Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review. British Medical Journal, Vol. 326, S. 1167–1177.

Lichtenberg, F.R. (2001): Are the benefits of newer drugs worth their cost? Evidence from the 1996 MEPS. Health Affairs. Vol. 20, S. 241–251.

Lyles, A. and Palumbo, F.B. (1999): The Effect of *Managed care* on Prescription Drug Costs and Benefits. Pharmacoeconomics, Vol. 15(2), S: 129–140.

Maisel A.S., Krishnaswamy, P., Nowak, R.M., McCord, J., Hollander, J.E., Duc, P., Omland, T., Storrow, A.B., Abraham, W.T., Wu, A.H., Clopton, P., Steg, P.G., Westheim, A., Knudsen, C.W., Perez, A., Kazanegra, R., Herrmann, H.C. and McCullough, P.A. (2002): Rapid measurement of B-type natriuretic peptide in the emergency diagnosis of heart failure. New England Journal of Medicine, Vol. 347, S. 161–167.

Märkischer Kreis (2003): Information des Amtsapothekers und der Heimaufsicht. Umgang mit Arzneimitteln in Heimen, die unter das Heimgesetz fallen, Lüdenscheid, http://www.maerkischer-kreis.de/soziales/arzneimittel_in_heimen.pdf.

Martens, H. (2004): Verlagerung des Kampfgebiets. Der Spiegel, Heft 86.

Maschewsky-Schneider, U. (1997): Frauen sind anders krank: zur gesundheitlichen Lage der Frauen in Deutschland, Weinheim.

Maschewsky-Schneider, U., Babitsch, B. und Ducki, A. (2003): Geschlecht und Gesundheit, in: Hurrelmann, K. und Laaser, U. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, Weinheim.

Masoudi, F.A., Havranek, E.P., Wolfe, P., Gross, C.P., Rathore, S.S., Stone, J.F., Ordin, D.L., and Krumholz, H.M. (2003): Most hospitalized older persons do not meet the enrollment criteria for clinical trials in heart failure. American Heart Journal, Vol. 146, S. 250–257.

Mayer, K.U. und Wagner, M. (1996): Lebenslagen und soziale Ungleichheit im hohen Alter, in: Mayer, K.U. und Baltes, P.B. (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie, Berlin, S. 251–275.

Mayor, S. (2002): NICE estimates that its recommendations have cost the NHS GBP 575m, British Medical Journal, Vol.325, S. 924.

McMurray, J.J., Ostergren, J., Swedberg, K., Granger, C.B., Held, P., Michelson, E.L., Olofsson, B., Yusuf, S. and Pfeffer, M.A. (2003): Effects of candesartan in patients with chronic heart failure and reduced left-ventricular systolic function taking angiotensin-converting-enzyme-inhibitors: the CHARM-Added trial. Lancet, Vol. 362, S. 767–771.

Mehta, S.S., Wilcox, C.S. and Schulman, K.A. (1999): Treatment of hypertension in patients with comorbidities: results from the study of hypertensive prescribing practices (SHyPP). American Journal of Hypertension, Vol.12, S. 333–340.

Melander, H., Ahlqvist-Rastad, J., Meijer, G., and Beermann, B. (2003): Evidence b(i)ased medicine – selective reporting from studies sponsored by pharmaceutical industry: review of studies in new drug applications. British Medical Journal, Vol. 326, S. 1171–1175.

Meyer, F. (2004a): Verordnung von OTC-Präparaten nach dem GMG und sich daraus ergebende Veränderungen im Verordnungsverhalten von Arztpraxen. Ergebnisse aus dem Projekt BKK Arzneimittelberatung der Universität Bremen, Vortrag am 1.10.2004 auf der 11. Jahrestagung der Gesellschaft für Arzneimittelforschung und Arzneimittelepidemiologie (GAA) e.V. in Jena, www.uni-duesseldorf.de/awmf/fg/gaa/gaa-2004/2004-2-3.pdf.

Meyer, F. (2004b): CSE-Hemmer, in: Glaeske, G. u. Janhsen, K. (Hrsg): GEK-Arzneimittel-Report 2004. Auswetungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2002–2003. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 29, Bremen.

Millenson, M. (o. J.): Getting Doctors to Say Yes to Drugs: The Coat and Quality Impact of Drug Company Marketing to Physicians. www.bcbshealthissues.com/relatives/20705.pdf, 18.4.2005.

Million Women Study Collaborators (2003): Breast cancer and hormone-replacement in the Million Women Study. Lancet, Vol. 362, S. 419–427.

Mintzes, B., Barer, M.L., Kravitz, R.L., Bassett, K., Lexchin, J., Kazanjian, A., Evans, R.G., Pan, R., and Marion, S.A. (2003): How does direct-to-consumer advertising (DTCA) affect prescribing? A survey in primary care environments with and without legal DTCA. Canadian Medical Association Journal, Vol. 169, S. 405–412.

Morgan, S., Mintzes, B., and Barer, M. (2003): The economics of direct-to-consumer advertising of prescription-only drugs: prescribed to improbe consumer welfare? Journal of Health Services Research & Policy, Vol. 8, S. 237–244.

Moses, J.W., Leon, M.B., Popma, J.J., Fitzgerald, P.J., Holmes, D.R., O'Shaughnessy, C., Caputo, R.P., Kereiakes, D.J., Williams, D.O., Teirstein, P.S., Jaeger, J.L. and Kuntz, R.E. (2003): Sirolimus-eluting stents versus standard stents in patients with stenosis in a native coronary artery. New England Journal of Medicine, Vol. 349, S. 1315–23.

Mossialos, E. (2003): Kontrolle von Arzneimittelkosten und -verbrauch in Europa: Kostendämpfung bei gleichzeitiger Verbesserung von Effizienz, Qualität und Zugang, in: Association International de la Mutualité (Hrsg.): Neue Arzneimittel …, a.a.O., S. 17–26.

Motheral, B.R. and Henderson, R. (1999): The Effect of a Closed Formulary on Prescription Drug Use and Costs. Inquiry, Vol. 36, S. 481–491.

Moynihan, R., Heath, I. and Henry, D. (2002): Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. British Medical Journal, Vol. 321, S. 886–891.

Müller, O. und Stahlmann, R. (2003): Patientenerwartungen und Compliance bei der antibiotischen Therapie von Infektionen der oberen Atemwege. Ergebnisse einer Studie in vier europäischen Ländern (PACE). Chemotherapie Journal, Vol. 12, S. 13–20.

Müller-Oerlinghausen, B. (2004): Moderne Wege zu einer individualisierten Arzneitherapie. Deutsches Ärzteblatt, Heft 23, S. 1400–1402.

Münnich, F.E. and Sullivan, K. (1994): The Impact of Recent Legislative Change in Germany. Pharmacoeconomics, Vol. 6, Suppl. 1, S: 22–27.

National Tracker Survey of Primary Care Groups and Trusts (1999): Progress and Challenges 1999/2000.

National Tracker Survey of Primary Care Groups and Trusts (2001): Modernising the NHS? 2000/2001.

National Tracker Survey of Primary Care Groups and Trusts (2002): Taking Responsibility? 2001/2002.

Newby, L.K., Eisenstein, E.L., Califf, R.M., Thompson, T.D., Nelson, C.L., Peterson, E.D., Armstrong, P.W., Van de Werf, F., White, H.D., Topol, E.J. and Mark, D.B. (2000): Cost effectiveness of early discharge after uncomplicated acute myocardial infarction. New England Journal of Medicine, Vol. 342, S. 749–755.

Neslin, S. (o. J.): ROI Analysis of Pharmaceutical Promotion (RAPP): An Independent Study. Executive Summary, Dartmouth College.

Newhouse, J.P. and The Insurance Experiment Group (1993): Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment, Cambridge, London.

Nieman, K., Rensing, B.J., van Geuns, R.J., Vos, J., Pattynama, P.M., Krestin, G.P., Serruys, P.W. and de Feyter, P.J. (2002): Reliable noninvasive coronary angiography with fast submillimeter multislice spiral computed tomograpy. Circulation, Vol. 106, S. 2051–2054.

Nink, K. und Schröder, H. (2002): Arzneimittelversorgung. Plädoyer für eine Strukturreform. Soziale Sicherheit, Ausgabe 10/2002, S. 339–346.

Nink, K. und Schröder, H. (2003): Der Arzneimittelmarkt in der Bundesrepublik Deutschland, in: Schwabe, U. und Paffrath, D. (Hrsg.) Arzneiverordnungs-Report 2002, Berlin.

Nink, K. und Schröder, H. (2004a): Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht, in: Schwabe, U. und Paffrath, D. (Hrsg.) Arzneiverordnungs-Report 2004, Berlin.

Nink, K. und Schröder, H. (2004b): Überblick über die Arzneimittelverordnungen nach Arztgruppen, in: Schwabe, U. und Paffrath, D. (Hrsg.) Arzneiverordnungs-Report 2004, Berlin.

Nink, K. und Schröder, H. (2004c): Der Arzneimittelmarkt in der Bundesrepublik Deutschland, in: Schwabe, U. und Paffrath, D. (Hrsg.) Arzneiverordnungs-Report 2003, Berlin.

Nink, K. und Schröder, H. (2004d): Ökonomische Aspekte des deutschen Arzneimittelmarktes, in: Schwabe, U. und Paffrath, D. (Hrsg.) Arzneiverordnungs-Report 2004, Berlin.

Nink, K. und Schröder, H. (2004e): Europas Märkte unter der Lupe. Gesundheit und Gesellschaft, Ausg. 2, S. 16–17.

Nink, K. und Schröder, H. (2004f): Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht, in: Schwabe, U. und Paffrath, D. (Hrsg.) Arzneiverordnungs-Report 2004, Berlin.

Nink, K. und Schröder, H. (2004g): Schleierwolken am Horizont. Gesundheit und Gesellschaft, Ausg. 11, S. 20–21.

O'Connell, D.L., Henry, D. and Tomlins, R. (1999): Randomised controlled trial of effect of feedback on general practitioners' prescribing in Australia. British Medical Journal, Vol. 318, S. 507–511.

Oberender, P. (1986): Öffentliche Regulierung und innovative Aktivität in der pharmazeutischen Industrie, in: Gäfgen, G. (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens. Schriften des Vereins für Socialpolitik, Bd. 159, Berlin, S. 357–378

ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) (2001): Arzneimittelausgaben. Strategien zur Kostendämpfung in der Europäischen Union, Wien, November 2001.

OECD (1999-2004): OECD Health-Data 1999–2004, Paris.

OECD (2003): Pharmaceutical use and expenditure for cardiovascular disease and stroke: a study of 12 OECD countries, OECD Health Working Papers No. 1, Paris

vom Orde, A., Schott, T. und Iseringhausen (2002): Behandlungsergebnisse der kardiologischen Rehabilitation und Kosten-Wirksamkeits-Relationen – Ein Vergleich stationärer und ambulanter Versorgungsformen. Rehabilitation, Heft 41, S. 130–139.

Ortmann, O. und König, K. (2005): Hormontherapie im Klimakterium und in der Postmenopause. Deutsches Ärzteblatt, Heft 3, S. A144–147.

Pavcnik, N. (2002): Do pharmaceutical prices respond to potential patient out-of-pocket expenses? RAND Journal of Economics, Vol. 33, No. 3, S. 469–487.

Payer, L. (1992): Disease Mongers – How doctors, drug companies, and insurers are making you feel sick, New York.

Payer, L. (1993): Andere Länder, andere Leiden. Frankfurt.

Perleth, M. und Busse, R. (2004): Health Technology Assessment (HTA) – Teil und Methode der Versorgungsforschung. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, Vol. 9, S. 172–1176.

Peterson, E.D., Cowper, P.A., Jollis, J.G., Bebchuk, J.D., DeLong, E.R., Muhlbaier, L.H., Mark, D.B. and Pryor, D.B. (1995): Outcomes of coronary artery bypass graft surgery in 24,461 patients aged 80 years or older. Circulation, Vol. 92, S. 1185–1191.

Pfister, R., Scholz, M., Wielckens, K., Erdmann, E. and Schneider, C.A. (2004): Use of NT-proBNP in routine testing and comparison to BNP. European Journal of Heart Failure, Vol. 15, S. 289–93.

Pharma-Brief (2001): Der 500 Millionen Bluff. Was kostet Forschung wirklich?. Pharma-Brief Nr. 8-9, S. 1–2.

Pharmaceutical Executive (2004): Special Report Pharm Exec 50; www.pharmexec.com/ pharmexec/data/articlestandard/pharmexec/202004/95192/article.pdf (18.4.2005)

Philipps, C.O., Wright, S.M., Kern, D.E., Singa, R.M., Shepperd, S. and Rubin, H.R. (2004): Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure: a meta-analysis. Journal of the American Medical Association, Vol. 291, S. 1358–1367.

PhRMA (Pharmaceutical Research and Manufacturers of America) (2001): Pharmaceutical Industry Profile 2001, Washington.

PhRMA (Pharmaceutical Research and Manufacturers of America) (2004): Pharmaceutical Industry Profile 2004, Washington.

Pittrow, D., Kirch, W., Bramlage, P., Lehnert, H., Höfler, M., Unger, T., Sharma, A. M., and Wittchen, H.-U. (2004): Patterns of antihypertensive drug utilization in primary care. European Journal of Clinical Pharmacology, Vol. 60, S. 135–142.

Prosser, H. and Walley, T. (2003): Understanding why GPs see pharmaceutical representatives: a qualitative interview study. British Journal of General Practice, Vol. 53, S. 305–311.

Prosser, H., Almond, S. and Walley, T. (2003): Influences on GP´s decision to prescribe new drugs – the importance of who says what. Family Practice, Vol. 20, S. 61–68.

Public Citizen Group (o. J.): Would lower prescription drug prices curb drug company Research & Development? www.citizen.org/print_article.cfm?ID=7909 (18.4.2005)

Rathore, S.S., Curtis, J.P., Wang, Y., Bristow, M.R. and Krumholz, H.M. (2003): Association of serum digoxin concentration and outcomes in patients with heart failure. Journal of the American Medical Association, Vol. 289, S. 871–878.

Reibnitz, C. von und List, S.M. (2000): Ökonomische Aspekte der Medikalisierung von Umbruchphasen, in: Kolip, P. (Hrsg.): Weiblichkeit ist keine Krankheit, Weinheim.

Reinhardt, U.E. (2004): An Information Infrastructure for the Pharmaceutical Market. Health Affairs, Vol. 23(1), S. 107–112.

Reinhardt, U.E., Hussey, P.S. and Anderson, G.F. (2004): U.S. health care spending in an international context. Health Affairs, Vol. 23(3), S. 10–25.

Remschmidt, H. und Heiser, P. (2004): Zertifizierte Medizinische Fortbildung: Differenzierte Diagnostik und multimodale Therapie hyperkinetischer Störungen. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 101, Heft 37, A 2457–2466.

Rice, J.L. (2004): Managed care and Physician for Generic Drugs. Indiana University, Working paper.

Rice, N. and Smith, P.C. (2001): Capitation and Risk Adjustment in Health Care Financing: An International Progress Report. The Milbank Quarterly, Vol. 79, Nr. 1, S. 81–113.

Rice, N., Dixon, P., Lloyd, D.C.E.F. and Roberts, D. (2000): Derivation of a needs based capitation formula for allocating prescribing budgets to health authorities and primary care groups in England: regression analysis. British Medical Journal, Vol. 320, S. 284–288.

RKI (Robert Koch-Institut) (2003): Bundes-Gesundheitssurvey: Arzneimittelgebrauch. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin.

Rosenthal, M.B., Berndt, E.R., Donohue, J.M., Epstein, A.M. and Frank, R.G. (2003): Demand Effects of Recent Changes in Prescription Drug Promotion, The Kaiser Family Foundation.

Ross, S.D., Allen I.E., Connelly, J.E., Korenblat, B.M., Smith, M.E., Bishop, D., Luo, D. (1999): Clinical outcomes in statin treatment trials: a meta-analysis. Archives of Internal Medicine, Vol. 159, S. 1793–1802.

Rothgang, H., Niebuhr, D., Wasem, J. und Greß, S. (2004): Evidenzbasierte Bestimmung des Leistungskatalogs im Gesundheitswesen? Das Beispiel des englischen National Institute for Clinical Excellence (NICE). ZeS-Arbeitspapier Nr. 02/2004, Bremen.

Rücker, D. (2004): Kohl will für alle verblistern. Pharmazeutische Zeitung, Ausg. 38.

Rudolph, H. (2002): Alarmierende Ergebnisse bei der großen Ärztebefragung der „Ärzte Zeitung“. Ärzte Zeitung vom 31.10.2002.

Sabatine, M.S., Tu, T.M. and Jang, I.K. (2000): The use of glycoprotein IIb/IIIa inhibitors in patients with coronary artery disease. American Journal of Medicine, Vol. 109, S. 224–237

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002): Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bände I bis III, Baden-Baden.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002): Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Addendum: Zur Steigerung von Effizienz und Effektivität der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), Baden-Baden.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): Gutachten 2003. Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Bände I u. II, Baden-Baden.

Salisbury, C., Bosanquet, N., Wilkinson, E., Bosanquet, A. and Hasler, J. (1998): The implementation of evidence-based medicine in general practice prescribing. British Journal of General Practice, Vol. 48, S. 1849–1852.

Schaeffer, D. und Müller-Mundt, G. (Hrsg.) (2002): Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung, Bern.

Scharnetzky, E. (2004): Nigen Philipp und Hans zu Unfällen – Verletzungen und Vergiftungen bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS, in: Glaeske, G. und Janhsen, K., GEK-Arzneimittel-Report 2004. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2002–2003, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 29. Bremen.

Schneeweiss, S. (2001): Pillen auf dem Prüfstand, in: Gesundheit und Gesellschaft, 4. Jg., Ausgabe 6, S. 34–40.

Schneider, C.A., Hagemeister, J., Pfaff, H., Mager, G. und Höpp, H.W. (2001): Leitlinienadäquate Kenntnisse von Internisten und Allgemeinmedizinern am Beispiel der arteriellen Hypertonie.Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung, Heft 95, S. 339–344.

Schneider, M., Hofmann, U. und Köse, A. (2004): Zuzahlungen im internationalen Vergleich. Kurzexpertise 2003. Strukturdaten 1980-2000 für 20 Länder. BASYS, Augsburg.

Schneider, M., Hofmann, U., Späth, B., Grzeschik, C. und Köse, A: (2000): Die Regulierung von Arzneimittelmärkten im internationalen Vergleich, Augsburg.

Schöffski, O. (1996): Consequences of Implementing a Drug Budget for Office-Based Physicians in Germany. Pharmacoeconomics, Vol. 10, Suppl. 2, S. 37–47.

Schröder, H. und Nink, K. (2002): Stochern im Nebel. Gesundheit und Gesellschaft, Jg. 5, S. 38–41.

Schubert, I., Köster, I., Adam, C., Ihle, P., Döpfner, M., und Lehmkuhl, G. (2003): Psychopharmakaverordnungen bei Kindern und Jugendlichen mit Behandlungsanlass „Hyperkinetische Störung". Zeitschrift für das Gesundheitswesen, Jg. 11, S. 306–324.

Schubert, I., Köster, I. und Ferber, L. von (2000): Die Verordnung neuer Arzneimittel-ein Thema für Pharmakotherapiezirkel. Innovationen-Ein neuer Topos in der Diskussion über die Gesundheitsreform, in: Klauber, J., Schröder, H. und Selke, G.W. (Hrsg.): Innovationen im Arzneimittelmarkt. Berlin, S. 145–168.

Schwabe, U. (2001): Einsparpotentiale, in: Schwabe, U. und Paffrath, D. (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report 2001, Berlin, S. 729–769.

Schwabe, U. (2004a): Arzneiverordnungen 2002 im Überblick, in: Schwabe, U. und Paffrath, D. (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report 2003, Berlin, S. 1–23.

Schwabe, U. (2004b): Einsparpotentiale, in: Schwabe, U. und Paffrath, D. (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report 2003, Berlin, S. 863–914.

Schwabe, U. (2004c): Arzneiverordnungen 2003 im Überblick, in: Schwabe, U. und Paffrath, D. (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report 2004, Berlin, S. 3–36

Schwabe, U. und Paffrath, D. (Hrsg.) (1987-2004): Arzneiverordnungs-Report 1987–2004, Berlin.

Schwermann, T., Greiner, W. und Schulenburg, J.M. v.d. (2003): Using Disease Management and Market Reforms to Adress the Adverse Economic Effects of Drug Budgets and Price and Reimbursement Regulations in Germany. Value in Health.Vol. 6, Suppl. 1, S. 20–30.

Scott, A., Shiell, A., and King, M. (1996): Is general practitioner decision making associated with patient socio-economic status? Social Sciences and Medicine, Vol. 42, S. 35–46.

Smith, R. (2002): In search of „non-disease". British Medical Journal, Vol. 324, S. 883–885.

Soumerai, S.B. and Avorn, J. (1986): Economic and policy analysis of university-based drug „detailing". Medical Care, Vol. 24, S. 313–331.

Stafford, R.S., Furberg, C.D., Finkelstein, S.N., Cockburn, I.M., Alehegn, T., and Ma, J. (2004): Impact of clinical trial results on national trends in _-blocker prescribing, 1996-2002. Journal of the American Medical Association; Vol. 291, S. 54–62.

Statistisches Bundesamt (2002): Gesundheit, Ausgaben 1992–2000, Presseexemplar, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2004a): Gesundheitsausgaben 2001 und 2002 nach Leistungsausgaben und Ausgabenträgern, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2004b): Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, in: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, www.gbe-bund.de.

Steinman, M.A., Landefeld, C.S. and Gonzales, R. (2003): Predictors of broad-spectrum antibiotic prescribing for acute prespiratory tract infections in adult primary care. Journal of the American Medical Association, Vol. 289, S. 719–725.

Steinman, M.A., Shlipak, M.G. and McPhee, S.J. (2001): Of principles and pens: attitudes and practices of medicine housestaff toward pharmaceutical industry promotion. American Journal of Medicine, Vol. 110, S. 551–517.

Stern, J.M. and Simes, R.J. (1997): Publication bias: evidence of delayed publication in a cohort study of clinical research projects. British Medical Journal, Vol. 315, S. 640–645.

Sterzel, A. (2002): Deregulierung des Arzneimittelvertriebs in Deutschland. Versandapotheke als Reformoption? Eine ökonomische Analyse, Berlin.

Stille, G. (1994): Der Weg der Arznei. Von der Materia Medica zur Pharmakologie, Karlsruhe.

Stocks, N.P., Ryan, P., McElroy, H., and Allan, J. (2004): Statin prescribing in Australia: socioeconomic and sex differences. A cross-sectional study. Medical Journal of Australia, Vol. 180, S. 229–231.

Stolze, C. (2003): Potente Tipps von Pelé. Die Zeit, Nr. 38 vom 11. September 2003, S. 39.

Strull, W.M., Lo, B., Charles, G. (1984): Do patients want to participate in medical decision making? Journal of the American Medical Association, Vol. 252, S. 2990–2994.

Szecsenyi, J. (2003): Influence of attitudes and behaviour of GPs on prescribing costs. Quality and Safety in Health Care, Vol. 12, S. 6–7.

Tang, W.H., Girod, J.P., Lee, M.J., Starling, R.C., Young, J.B., Van Lente, F. and Francis, G.S. (2003): Plasma B-type natriuretic peptide levels in ambulatory patients with established chronic symptomatic systolic heart failure. Circulation, Vol. 108, S. 2964–2966.

Task Force zur Verbesserung der Standortbedingungen und der Innovationsmöglichkeiten der pharmazeutischen Industrie in Deutschland (2004): Bericht und Aktionsplan der Task Force, Berlin; www.bmgs.bund.de/downloads/BerichtTaskForce_Komplettfassung.pdf (18.4.2005)

THE EURO-MED-STAT GROUP (2003): EURO-MED-STAT; Monitoring expenditure and utilization of medicinal products in the European countries: a Public Health approach. European Journal of Public Health, Vol. 13, Nr. 3, S. 95–100.

Thomas, C.P., Wallack, S.S, Lee, S. and Ritter, G.A. (2002): Impact of Health Plan Design and Management on Retirees` Prescription Drug use and spending, 2001. Health Affairs, Web Exclusive, 4 December 2002, W408–419.

Thrane, N., Loesen, C., Schønheyder, H.C. and Sørensen, H.T. (2003): Socioeconomic factors and prescription of antibiotics in 0 to 2-year-old Danish children. Journal of Antimicrobial Chemotherapy, Vol. 51, S. 683–689.

Throm, S. (2004): Aktuelle Entwicklungen in der EU, in: Scriba, P.C. und Zepp, F. (Hrsg.): Arzneimitteltherapie bei Kindern und Jugendlichen – Probleme und Perspektiven. Arzneimittel Forschung Drug Research, Bd. 54 (11), S. 28.

Ulrich, V. und Wille, E. (1996): Healthcare reform and expenditure on drugs. The German Situation. Pharmaco-Economics, Vol. 10, Suppl. 2, S. 81–88.

Unschuld, P.U. (2003): Was ist Medizin? Westliche und östliche Wege der Heilkunst. C.H. Beck Verlag, München.

Veninga, C.C.M., Lundborg, C.S., Lagerløv, P., Hummers-Pradier, E., Denig, P., Haaijer-Ruskamp, F.M., and the Drug Education Project Group (2000): Treatment of uncomplicated urinary tract infections: Exploring differences in adherence to guidelines between three European countries. Annals of Pharmacotherapie, Vol. 34, S. 19–26.

VFA (Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V.) (2003): Die Arzneimittelindustrie in Deutschland. (Geschäftsjahr 2002), Berlin,. www.vfa.de.

VFA (Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V.) (2004a): Forschung für das Leben. Entwicklungsprojekte für innovative Arzneimittel, Berlin

VFA (Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V.) (2004b): Statistics 2004. Die Arzneimittelindustrie in Deutschland, Berlin.

VFA (Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V.) (2004c): Internationaler Preisvergleich: Generika in Deutschland teurer als in Großbritannien, Berlin.

VFA (Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V.) (2004d): Das Arzneimittel im Sozialrecht, Ausgabe Februar 2004, Berlin

VFA (Verband forschender Arzneimittelhersteller e.V.) (o. J.): Orphan Drugs – Fortschritte für Patienten mit seltenen Krankheiten, Berlin. www.vfa.de.

VFWPS (Verein für werbefreie Praxissoftware e. V.) (2004): Wettbewerbsverzerrung durch Praxissoftware. Hintergründe, Manipulationspraktiken, Gegenstrategien. Generika, Nr. 1, S. 1–3.

Victor, N. (2004): Klinische Studien: Notwendigkeit der Registrierung aus Sicht der Ethikkommissionen. Deutsches Ärzteblatt, Heft 30, A2111–A2116.

Walley, T., Folino-Galo, P., Schwabe, U. and Ganse, van, E. (2004): on behalf of the _MedStat group. British Medical Journal, Vol. 328, S. 385–386.

Walley, T., Murphy, M., Codd, M., Johnston, Z. and Quirke, T. (2000): Effects of a monetary incentive on primary care prescribing in Ireland: changes in prescribing patterns in one health board 1990-1995. Pharmacoepidemiological Drug Safety, Vol. 9(7), S. 591–598.

Wasem, J.und Greß, St. (2004): Geschlechtsspezifische Auswirkungen von Leistungsausgrenzungen und Zuzahlungserhöhungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Kurzexpertise für das Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Institut (WSI) der Hans-Böckler-Stiftung.

Wasem, J., Greß, St. und Niebuhr, D. (2005): Regulierung des Marktes für verschreibungspflichtige Arzneimittel im internationalen Vergleich. Gutachten im Auftrag des Bundesverbandes der Arzneimittelhersteller e. V. (BAH), Universität Duisburg-Essen.

Watkins, C., Harvey, I., Carthy, P., Moore, L., Robinson, E. and Brawn, R. (2003): Attitudes and behaviour of general practitioners and their prescribing costs: a national cross sectional survey, Quality and Safety of Health Care, Vol. 12, S. 29–34.

Weiß, J.-P., Raab, S. und Schintke, J. (2004): Die pharmazeutische Industrie im gesamtwirtschaftlichen Kontext: Ausstrahlung auf Produktion und Beschäftigung in den Zulieferbereichen. Endbericht im Auftrag des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller (VFA), DIW Berlin: Politikberatung kompakt 4.

Weissman, J.S., Blumenthal, D., Silk,A. J., Zapert, K., Newman, M., and Leitman, R. (2003): Consumers' reports on the health effects of direct-to-Consumer drug advertising. Health Affairs, web exclusive, w3-82-w3-95.

Wensing, M., Broge, B., Kaufmann-Kolle, P., Andres, E. and Szecsenyi, J. (2004): Quality circles to improve prescribing patterns in primary medical care: what is their actual impact. Journal of Evaluation in Clinical Practice, Vol. 10(3), S. 457–466.

WHO (World Health Organisation) (1999): Guidelines for Drug Donations, Genf.

WIdO (Wissenschaftliches Institut der AOK) (2003): Einführung in die Arzneimittelverbrauchsforschung. Autorisierte deutsche Übersetzung der Publikation „Introduction to Drug Utilization Research" der WHO 2003. Bonn.

Wille, E. (2002): Steuerungsinstrumente der Arzneimittelausgaben. In: Wille, E. und Albring, M. (Hrsg.): Konfliktfeld Arzneimittelversorgung, Frankfurt, S. 35–47.

Wille, E. (2004): Effizienz und Effektivität der Arzneimitteltherapie. In: Wille, E. und Albring, M. (Hrsg.): Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen durch neue Versorgungsstrukturen, Frankfurt.

Wille, E. und Albring, M. Hrsg. (2002): Konfliktfeld Arzneimittelversorgung, Frankfurt.

Wille, E., Erbsland, M. und Ulrich, V. (2003): Zur Berechnung einer Innovationskomponente auf dem Arzneimittelmarkt 1995–2002, Gutachten im Auftrag von GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG, Mannheim.

Wille, E., Mehnert, A. und Rohweder, J.-P. (1994): Zum gesellschaftlichen Nutzen pharmazeutischer Innovation, Frankfurt et al.

Winkelmann, R. (2003): Co-payments for prescription drugs and the demand for doctor visits – Evidence from a natural experiment, University of Zurich Working Paper, No. 0307.

Writing Group for the Women's Health Inititative Investigators (2002): Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial, Journal of the American Medical Association, Vol. 288, S. 321–333.

Wurm, S. und Tesch-Römer, C. (2004): Gesundheit, Hilfebedarf und Versorgung. In: Tesch-Römer, C. (Hrsg.): Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, S. 291–356.

Yusuf, S., Zhao, F., Mehta, S.R., Chrolavicius, S., Tognoni, G. and Fox, K.K. (2001): Effects of clopidogrel in addition to aspirin in patients with acute coronary syndromes without ST-segment elevation, New England Journal of Medicine, Vol. 345, S. 494–502.

Zawinell, A. und Dören, M. (2003): Tritt auf die Verordnungsbremse. Gesundheit und Gesellschaft 12/2003, S. 30–33.

ZI (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung) (2005): Dauerhafter Rückgang der Inanspruchnahme durch Praxisgebühr bestätigt. http://www.zi-berlin.de/aktuell/meldung/Rueck-wg-Praxisgebuehr.pdf, 4.2.2005.

Ziegenhagen, D.J., Glaeske, G., Höer, A. und Gieseler, K. (2004): Arzneimittelversorgung von PKV-Versicherten im Vergleich zur GKV. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, Vol. 9, S. 108–115.

Zok, K. (2002): Ergebnisse des WIdO-GKV-Monitors 2002, Wissenschaftliches Institut der AOK, Bonn.

Zok, K. (2004): Nach der Wirkung gefragt. Gesundheit und Gesellschaft, 9/04, S. 39–41.

www.bfarm.de.

www.fda.gov/cder/ddmac/lawsregs.htm.

www.gamsi.de.

www.ims-global.com/index.html.

www.imshealth.com.

www.pmvforschungsgruppe.derschungsgruppe.de.

www.zi-koeln.de.

Anhang

Rechtsgrundlage für die Tätigkeit des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (seit dem 1. Januar 2004)

Fünftes Sozialgesetzbuch

Fünftes Kapitel

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

§ 142

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung beruft einen Sachverständigenrat zur Begutachung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Zur Unterstützung der Arbeiten des Sachverständigenrates richtet das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung eine Geschäftsstelle ein.

(2) Der Sachverständigenrat hat die Aufgabe, Gutachten zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu erstellen. Im Rahmen der Gutachten entwickelt der Sachverständigenrat unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen und zeigt Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens auf; er kann in seine Gutachten Entwicklungen in anderen Zweigen der Sozialen Sicherung einbeziehen. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung kann den Gegenstand der Gutachten näher bestimmen sowie den Sachverständigenrat mit der Erstellung von Sondergutachten beauftragen.

(3) Der Sachverständigenrat erstellt das Gutachten im Abstand von zwei Jahren und leitet es dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung in der Regel zum 15. April, erstmals im Jahr 2005, zu. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung legt das Gutachten den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes unverzüglich vor.

Mitglieder des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Prof. Dr. rer. pol. Eberhard Wille
Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre
Universität Mannheim
(Vorsitzender)

Prof. Dr. med. Dr. med. h. c. Peter C. Scriba
Medizinische Klinik Innenstadt
Ludwig-Maximilians-Universität München
(stellvertretender Vorsitzender)

Prof. Dr. med. Gisela C. Fischer
Medizinische Hochschule Hannover

Prof. Dr. rer. nat. Gerd Glaeske
Zentrum für Sozialpolitik
Universität Bremen

Prof. Dr. phil. Adelheid Kuhlmey
Institut für Medizinische Soziologie
Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften
Charité – Universitätsmedizin Berlin

Prof. Dr. med. Dr. sc. (Harvard) Karl W. Lauterbach
Institut für Gesundheitsökonomie
und Klinische Epidemiologie
Universität zu Köln

Prof. Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock
Arbeitsgruppe Public Health
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Amsterdamer Str. 192, 50735 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Telefax (02 21) 97 66 83 44
ISSN 0722-8333